

## **Mestrado em Enfermagem**

*Área de Especialização de Enfermagem Médico*

*Cirúrgica – Vertente Nefrológica*

Relatório de Estágio

**O tratamento conservador na  
pessoa com doença renal crónica estágio cinco**

**Carla Sofia Estevinha Lopes**

**Lisboa**

**2019**



## **Mestrado em Enfermagem**

*Área de Especialização de Enfermagem Médico*

*Cirúrgica – Vertente Nefrológica*

Relatório de Estágio

**O tratamento conservador na  
pessoa com doença renal crónica estágio cinco**

**Carla Sofia Estevinha Lopes**

Orientador: Professora Doutora Maria Saraiva

**Lisboa**

**2019**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



## **AGRADECIMENTO**

Agradeço a todos os que contribuíram de alguma forma para este percurso.

À professora Maria Saraiva pela sua orientação.

Às enfermeiras Susana Andrade, Susana Duarte, Susana Ferreirinho, Lina Araújo, Elisabete Avelar que me acolheram, e que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Aos meus colegas de trabalho pelas trocas de turno.

Aos meus amigos e família que tornaram este percurso possível que souberam aceitar tantas vezes não tenho tempo, e que me apoiaram nos bons e principalmente nos maus momentos.

Ao meu namorado por toda a paciência e amor durante este caminho.

Ficam em dívida as horas para todos Vós!

À beirã, a todos o meu bem-haja!

## **LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS**

AAV - Acesso(s) arteriovenoso(s)

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ANNA - American Nephrology Nurses' Association

BTM - Blood Temperature Monitor

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CHKS - Caspe Healthcare Knowledge Systems

CLD - Catéter de longa duração

CP - Cuidado(s) paliativo(s)

CVC - Catéter venoso central

DGS - Direção Geral de Saúde

DM- diabetes mellitus

DP - Diálise peritoneal

DPA - Diálise peritoneal ambulatorio

DPCA - Diálise peritoneal continua de ambulatorio

DRC - Doença Renal Crónica

EDTNA/ERCA - European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EUA - Estados Unidos da América

FAV - Fístula arteriovenosa

HD - Hemodiálise

HTA - Hipertensão arterial

IOS - Infecção do orifício de saída

KDIGO - Kidney Disease: Improving Global Outcomes

LRA - Lesão renal aguda

NKF/KDOQI - National Kidney Foundation/Kidney Disease Outcomes Quality Initiative

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAC - Plano de cuidados antecipado

POS-sRenal - Palliative outcome score symptoms renal

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

QV - Qualidade de Vida

SPN - Sociedade Portuguesa de Nefrologia

TC - Tratamento Conservador

TFG - Taxa de Filtração Glomerular

TR - Transplantação renal

TSFR - Terapêutica(s) de Substituição da Função Renal

## RESUMO

O presente relatório de estágio integra-se no Curso de Mestrado e Pós Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Vertente de Nefrologia, e representa o culminar do percurso de aprendizagem, reflexão e desenvolvimento de competências no que concerne ao enfermeiro especialista.

A doença renal crónica é um problema de saúde pública, e quando o doente se encontra no estágio 5 é necessário a escolha de uma terapêutica de substituição da função renal. A hemodiálise tem a maior prevalência e é a que confere maior sobrevida ao doente.

Contudo, diversos estudos evidenciam que a idade avançada, a presença de comorbidades e baixos índices funcionais reduzem essa vantagem de sobrevida no doente em hemodiálise, podendo os doentes vir a recusar a opção dialítica priorizando a qualidade de vida do próprio. Assim, o tratamento conservador é uma alternativa a apresentar aos doentes e família como opção de terapêutica de substituição da função renal.

Perante a dependência de uma opção de terapêutica de substituição da função renal, existem alterações na vida do doente e família, no que diz respeito a restrições dietéticas e de estilo de vida, envolvendo um elevado consumo de recursos especializados na procura de adaptação às necessidades perante esta nova realidade. Com base nos pressupostos da teoria de Callista Roy e o seu conceito de adaptação, escolhi o seu pensamento para a realização deste relatório.

A temática que regeu o estágio e serve de base à elaboração deste relatório é o tratamento conservador na pessoa com doença renal crónica no estágio 5. Partindo da necessidade dos enfermeiros de Nefrologia se encontrarem aptos na prestação de cuidados desta população específica, propus-me a realizar uma revisão scoping sobre a intervenções do enfermeiro relacionadas com a pessoa com alteração da eliminação renal, em tratamento conservador da doença renal crónica no estágio 5.

**Palavras chave:** Doença Renal Crónica; Tratamento Conservador; Intervenções de Enfermagem.

## **ABSTRAT**

This internship report is part of the Master and Postgraduate Course in Medical-Surgical Nursing: Nephrology, and represents the culmination of the learning pathway, reflection and development of competences regarding the specialist nurse.

Chronic kidney disease is a public health problem, and when the patient is at stage 5 a choice of renal function replacement therapy is required. Hemodialysis has the highest prevalence and enables longest survival rates to the patient.

However, several studies show that advanced age, the presence of comorbidities and low functional indexes reduce this survival advantage in patients on hemodialysis, and patients may refuse the dialysis option, prioritizing quality of life. Therefore, conservative treatment is an alternative that should be presented to patients and families as an option for renal function replacement therapy.

Considering the need for a renal replacement therapy there are changes in the patient's and family's life, as regards dietary and lifestyle restrictions, involving a high consumption of specialized resources in the search for adaptation to patient's needs in this new reality. Based on the assumptions of Callista Roy's theory, and her concept of Adaptation, I chose her theory to support this report.

The focus area of the internship and that supports this report is the conservative treatment in people with chronic kidney disease in stage 5. With the need for nephrology nurses to be able to provide care for this specific population, I proposed conducting a scoping review on nurse interventions related to the person with impaired renal elimination in conservative treatment of chronic kidney disease at stage 5.

**Keywords:** Chronic Kidney Disease; Conservative Treatment; Nursing Interventions.

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>1- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b> .....	14
1.1- A doença renal crónica .....	14
1.2- O tratamento conservador da doença renal crónica estágio 5 .....	15
1.3- A intervenção e competências do enfermeiro especialista na área Enfermagem Nefrológica .....	17
1.4- Modelo de aquisição de competências de Benner .....	18
1.5- Modelo de adaptação de Callista Roy .....	19
<b>2- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E RESPECTIVAS ATIVIDADES</b> .....	21
2.1- Campo 1: Unidade de DP hospitalar na região da Amadora .....	21
2.2- Campo 2: Unidade de internamento hospitalar na região de Almada .....	30
2.3- Campo 3: Unidade de HD hospitalar na região de Almada .....	37
2.4- Campo 4: Setor de ambulatório de nefrologia na região de Setúbal e Unidade de HD hospitalar na região de Oeiras .....	45
<b>3- ESTUDO SOBRE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO CONSERVADOR NA PESSOA COM DRC NO ESTÁDIO 5</b> .....	55
3.1- Introdução .....	55
3.2- Enquadramento .....	56
3.3- Metodologia .....	57
3.4- Apresentação de resultados .....	59
3.5- Discussão dos resultados .....	59
3.6- Conclusões .....	70
<b>4- CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	71
<b>5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	72

## APÊNDICES

Apêndice I: Caracterização da unidade de DP do hospital da região da Amadora

Apêndice II: Experiência vivenciada: consulta de esclarecimento da DRC

Apêndice III: Folheto acerca da alimentação da pessoa com alteração da eliminação renal

Apêndice IV: Ação de formação sobre os cuidados de enfermagem ao doente com catéter peritoneal

Apêndice V: Caraterização da unidade de internamento do hospital da região de Almada

Apêndice VI: Estudo de caso sobre a suspensão de HD na Pessoa com DRC estágio 5

Apêndice VII: Experiência vivenciada na consulta de TR com dador cadáver

Apêndice VIII: Caraterização da unidade de HD do hospital da região de Almada

Apêndice IX: Folheto de Guia de Acolhimento

Apêndice X: Proposta de folha de Alta de Enfermagem

Apêndice XI: Ação de formação sobre melhoria de contínua da qualidade

Apêndice XII: Plano de ação de formação e Avaliação da equipa de enfermagem

Apêndice XIII: Caraterização do setor de ambulatório de Nefrologia do hospital da região de Setúbal

Apêndice XIV: Caraterização da unidade de HD do hospital da região de Oeiras

Apêndice XV: Proposta de implementação de uma consulta de TC para o serviço de Nefrologia

Apêndice XVI: Ação de formação sobre o TC da DRC estágio 5

Apêndice XVII: Tabelas dos estudos selecionados

Apêndice XVIII: Tabela de resultados da revisão scoping

## **ANEXOS**

Anexo I: Certificado de participação das Jornadas de Enfermagem Nefrológica

Anexo II: Certificado de participação do Simpósio Anual de Doenças Renais

Anexo III: Certificado do curso de Formação Profissional de Cuidados Paliativos

– Básico (Nível A)

## ÍNDICE DE QUADROS

- Quadro 1** – Apresentação dos campo de estágio, local e período de duração p. 21
- Quadro 2** – Apresentação dos critérios de formação da pergunta p. 57

## INDICE FIGURAS

**Figura 1-** Fluxograma do processo de seleção dos estudos p.58

## INTRODUÇÃO

A elaboração deste Relatório de Estágio surge no âmbito do 9º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Enfermagem Médico Cirúrgica na vertente de Enfermagem Nefrológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

O estágio constitui o espaço ideal para a integração dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso teórico e para o desenvolvimento das competências que permitam cuidar da pessoa com alteração da eliminação renal em situação de doença crónica ou aguda, e sua família, em contexto hospitalar e extra hospitalar na área de especialização em Enfermagem Nefrológica.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) defende que Enfermeiro Especialista,

é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção(OE, 2010, p.2).

Neste relatório utilizando uma metodologia descritiva e analítica, pretendo descrever os objetivos, estratégias e ações desenvolvidas no decorrer dos campos de estágios associando a prática dos cuidados de enfermagem ao pensamento crítico e à melhor evidência científica, permitindo o meu desenvolvimento enquanto perita e futura Enfermeira Especialista nesta área.

Neste percurso tive por base o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento número 122/2011), as competências delineadas pela European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association (EDTNA/ERCA) e ainda o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista á pessoa em Situação Crónica e Paliativa (Regulamento número 188/2015).

Para o desenvolvimento das competências foi aplicado o modelo de Dreyfus aplicado à enfermagem, presente no livro “De Iniciado a Perito” da autora Patrícia Benner, segundo os níveis de proficiência: iniciado, avançado, competente, proficiente e perito.

Como quadro de referência teórica na prática de enfermagem, escolhi a teoria da adaptação de Callista Roy, de forma a promover a adaptação da Pessoa aos processos de doença em constante mudança como é o caso da doença renal crónica (DRC).

O tema de investigação e fio condutor neste processo de desenvolvimento de competências foi o tratamento conservador (TC) da DRC no estágio 5. Surgiu como uma inquietação perante a minha realidade da prática clínica, em que me deparo cada vez mais com a Pessoa com DRC, mais idosa e com maior número de comorbilidades em opção de hemodiálise (HD), aparentemente sem maiores ganhos de saúde e qualidade de vida (QV), face aos anos de sobrevivência do tratamento pois apresentam múltiplos internamentos, dependentes fisicamente da família ou cuidadores, com défice cognitivo e cujo o tratamento condiciona grandes períodos de tempo despendido.

Desta forma, como futura enfermeira Especialista acredito que existe um caminho a percorrer na qualidade dos cuidados prestados a esta população, ainda que pouco conhecido e com limitações/barreiras, que necessitam de ser exploradas, propondo-me assim a dar resposta à questão “quais as intervenções de enfermagem no TC da DRC estágio 5?”

Este trabalho para além da presente introdução encontra-se dividido em três capítulos, enfatizando o enquadramento conceptual acerca dos principais temas e conceitos que fundamentam este relatório, no segundo capítulo, irei apresentar a reflexão desenvolvida nos diferentes campos de estágio, abordando as atividades desenvolvidas que contribuíram para a aquisição de competências. No terceiro capítulo apresento o estudo de investigação desenvolvido, uma revisão scoping, procurando responder à questão acima proposta.

Por fim, na conclusão, exponho os aspetos que contribuíram para a minha aprendizagem, assim como as dificuldades sentidas e os fatores facilitadores neste percurso.

# 1- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

## 1.1- A doença renal crónica

A DRC é uma doença global, estima-se que afeta mais de 13.4% da população, e é considerada um problema de saúde pública devido à sua prevalência, com grande impacto na vida dos doentes e o alto custo para a sociedade (Stengel et al., 2017). Tem maior incidência na população com idade superior a 65 anos (Bello et al., 2015) e a doença cardiovascular é a principal causa de morbilidade e mortalidade (Hobbs et al., 2016).

De acordo com *Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO)* a DRC é definida como uma alteração da função renal, presente por mais de três meses e com implicações na saúde da pessoa. O seu diagnóstico e avaliação envolvem o uso simultâneo da avaliação e monitorização da função renal através da taxa de filtração glomerular (TFG), creatinina sérica e alterações renais (albuminúria e /ou proteinúria) (KDIGO, 2012).

A sua evolução é apresentada de acordo com estádios de 1 a 5 (KDIGO, 2012) e quando atinge o estágio 5 (TFG <15ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) necessita de uma opção terapêutica de substituição da função renal (TSFR) dentro quais a HD, a diálise peritoneal (DP), a transplantação renal (TR) e o TC.

Para a Direção Geral da Saúde (DGS), a HD é uma técnica depurativa que utiliza uma membrana artificial, o dialisador e necessita de uma máquina, o monitor de HD (DGS, 2012). O termo descreve a remoção de solutos e água do sangue, através de processos fisiológicos de difusão e ultrafiltração (Thomas, Corinne, & Cunha, 2005).

A DP é uma técnica de depuração extra renal que utiliza o peritoneu como membrana dialisante (Ordem dos Médicos, 2017). Durante a DP é infundido para a cavidade peritoneal uma solução dialisante. Através da difusão ocorre a remoção de toxinas e pela osmose a remoção de fluídos (Thomas et al., 2005).

A TR é uma técnica cirúrgica que consta em implantar no abdómen (numa fossa ilíaca), um rim de dador cadáver ou dador vivo, sendo a sua maior vantagem a colocação de um órgão com iguais funções (DGS, 2012).

O TC é a opção não dialítica (National Kidney Foundation/Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF/KDOQI), 2002). Em Portugal é denominado por tratamento médico conservador (será denominado por TC neste trabalho).

## **1.2- O tratamento conservador da doença renal crónica estágio 5**

Portugal tem um crescimento anual de pessoas com DRC estágio 5 sob TSFR superior à média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), apresentando a maior incidência e prevalência de DRC. A idade média dos doentes em TSFR tem vindo a aumentar, em 2017 existia 21,9% idosos com mais de 80 anos em HD (Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), 2018).

Os resultados decepcionantes na sobrevida e na QV de alguns doentes em diálise, nomeadamente os mais idosos e com maior número de comorbilidades, conduziram a vários estudos sobre o TC versus tratamento dialítico em doentes com DRC em estágio 5, de forma a centralizar a prestação de cuidados de saúde nas características da população em causa, cujas necessidades e expectativas podem ser distintas da restante população (DGS, 2012).

Assim o interesse pelas técnicas não dialíticas no último estágio da DRC está a aumentar, admitindo-se que os doentes têm o direito de recusar diálise e o TC ganha relevância como um caminho alternativo aceitável para doentes que provavelmente não beneficiam da diálise (Wasylynuk & Davison, 2017).

Em Portugal, o TC é uma opção de TSFR na DRC alternativa a ter em conta quando se aconselham os doentes e a famílias, que já está prevista contudo, desconhece-se o número de doentes que por ano, opta pelo TC sendo apenas conhecidos os dados referentes aos doentes que suspenderam HD – 96 doentes em 2017 (SPN, 2018).

A DGS criou a norma de orientação número 017/2011, atualizada em 2012, acerca das opções terapêuticas da DRC - Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5. Surgiu com objetivo de apresentar as várias opções TSFR da DRC incluindo o TC como opção esclarecida e a eventual suspensão de diálise, particularmente em doentes com comorbilidades diversas e graves (DGS, 2012).

Passados cerca de 7 anos da sua publicação, o TC no nosso país, é uma realidade pouco conhecida pelos doentes e população em geral e como opção TSFR é praticada de uma forma restrita pela comunidade médica. Torna-se assim pertinente o desenvolvimento do tema, procurando conhecer e esclarecer o conceito e sua definição, onde se aplica e como, as suas limitações e barreiras, e onde pode a Enfermagem intervir.

Considero fundamental o esclarecimento do conceito e sua definição porque gera confusões, mitos e até barreiras à sua implementação na prática clínica. Os termos mais frequentemente utilizados são cuidados de suporte e conservadores da DRC, TC, tratamento não dialítico e cuidados paliativos (CP).

Os CP são uma componente importante do TC pois as principais preocupações destes doentes e famílias são os cuidados e sintomas no fim de vida mas, o TC não deve ser confundido com CP porque inclui o tratamento que visa retardar a progressão da doença renal e minimizar as complicações.

De acordo com Song (2016) o TC é um pacote abrangente de cuidados para doentes que optaram por não realizar diálise envolvendo uma mudança nos cuidados para prolongar a vida, a QV e o controle de sintomas.

Para a KDIGO o TC é adequado ao doente com DRC estágio 5 e não inclui diálise, o que não implica uma filosofia “sem cuidados” nem que a morte é iminente, pois o cuidado é holístico e centrado no doente, recorrendo a equipas multidisciplinares com a finalidade de atrasar a progressão de doença minimizando as suas complicações (Davison et al., 2015).

No contexto português, para DGS o TC consiste

na aplicação de medidas terapêuticas sem recorrer à diálise, em situações que não está indicado ou não é possível efetuar transplante ou, ainda, quando este não faculta uma esperança e uma QV superiores à oferecida pelo TC. Assim é a aplicação de tratamentos não invasivos e de medidas cujos objetivos são: eliminar ou atenuar os sintomas de doença, proporcionando o maior bem-estar e o menor sofrimento possíveis; fornecer apoio não diferenciado (acompanhamento, alimentação, higiene pessoal, levante, manutenção do domicílio) quando necessário (DGS, 2012, p.30).

Assim, o TC deve ser ponderado como a primeira opção (sem prejuízo da livre e informada opção do doente) quer na suspensão de TSFR e sempre que a situação clínica sobretudo pela coexistência de comorbilidades faça prever que a diálise não contribui para a reversão do estado do doente, para o alívio de sintomas e para o prolongamento da vida ou para a melhoria da QV (DGS, 2012).

As indicações para o mesmo são a opção consciente e informada do doente, coma irreversível, ausência irreversível de vida de relação, estado demencial grave e irreversível, impossibilidade técnica ou clínica de tratamento dialítico e de TR, coexistência de outra doença que condicione curta esperança de vida, e severo e irreversível sofrimento (DGS, 2012).

À medida que o conhecimento aumenta sobre este tema torna-se um desafio para a Enfermagem pois o TC envolve temas complexos e sensíveis para as equipas de saúde e ainda o contexto político e económico de cada país.

Perante a realidade da população portuguesa é pertinente que as equipas de saúde se encontrem aptas e reunidas da melhor evidência científica para uma abordagem multidisciplinar dos doentes e família na adaptação às possíveis alterações da DRC perante a opção do TC.

### **1.3- A intervenção e competências do enfermeiro especialista na área Enfermagem Nefrológica**

Ao longo dos últimos anos, a Enfermagem como disciplina sofreu uma grande evolução na formação, complexidade e dignificação do seu exercício profissional, pelo que o papel do enfermeiro é essencial na qualidade e eficácia na prestação de cuidados (OE, 1996).

No atual contexto do mundo, os cuidados de saúde e portanto de enfermagem assumem uma grande importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização uma realidade necessária.

A atribuição de um título de enfermeiro especialista pela OE, reconhece a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados. Este regulamento da OE emana as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista necessárias.

Assim, as competências comuns de acordo com quatro domínios, nomeadamente o da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010).

As competências específicas são aquelas que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.3).

A crescente complexidade e diferenciação dos cuidados ao doente renal, evidência a necessidade de reconhecimento e certificação de um percurso profissional especializado nesta área, à semelhança de outros países onde existe o enfermeiro especialista na área de Enfermagem Nefrológica.

Na Europa a EDTNA/ERCA centra-se na educação e desenvolvimento contínuo dos enfermeiros, promovendo a investigação e atualização constantes dos padrões de cuidados (EDTNA/ERCA, 2000). Recentemente definiu o perfil do enfermeiro de Nefrologia espelhando a sua intervenção no ciclo da doença renal, desde os estádios iniciais até ao de fim da vida (EDTNA/ERCA, 2018).

De acordo com o tema do meu relatório de estágio considero pertinente apresentar o perfil do enfermeiro do TC, o qual detém competências na tomada de decisão, no controlo de sintomas, no aconselhamento e apoio psicológico (EDTNA/ERCA, 2018), trabalhando inserido numa equipa multidisciplinar desenvolvendo planos de cuidados na gestão de sintomas e na melhoria da QV.

Em Portugal, a OE concluiu que os enfermeiros devem ter formação sobre as diferentes opções terapêuticas, designadamente sobre o TC na DRC estágio 5 (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Assim, na presença do diagnóstico de DRC e das alterações na vida do doente e família que lhe estão associadas, com a formação de profissionais mais competentes e especializados poderíamos impulsionar mudanças significativas nos cuidados oferecidos a esta população.

#### **1.4- Modelo de aquisição de competências de Benner**

Neste meu percurso de desenvolvimento de competências como enfermeira especialista, utilizei o modelo de Patrícia Benner estruturado em cinco estádios: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

Segundo a mesma autora, a enfermeira Iniciada caracteriza-se por não possuir nenhuma experiência nas situações com as quais pode ser confrontada na sua prática do cuidar pelo que o seu desempenho é baseado no cumprimento de regras e instruções. O profissional Iniciado Avançado é aquele que pode ter um comportamento aceitável pois já experienciou situações reais para ser capaz de identificar os fatores significativos que se reproduzem em situações idênticas.

O profissional Competente trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos e começa a aperceber-se dos seus atos em termos objetivos ou dos planos a longo prazo dos quais está consciente, o Proficiente apercebe-se das situações como uma globalidade e não em aspetos isolados das suas ações. Por último, o profissional Perito apresenta uma enorme experiência, que lhe permite compreender intuitivamente cada situação, não se apoiando em nenhuma regra, indicação ou máxima (Benner, 2001).

Para a excelência dos cuidados de enfermagem, a componente prática assume um papel fundamental, pois a prática é em si mesma um modo de obter conhecimento.

### **1.5- Modelo de adaptação de Callista Roy**

Devido à alteração e necessidade de adaptação que a DRC causa na vida da Pessoa, considere-se que o pensamento de enfermagem a seguir neste percurso foi o modelo de enfermagem de adaptação de Callista Roy. Para a teórica, o modelo centra-se no conceito de adaptação e existem quatro elementos essenciais - a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem.

Roy definiu a pessoa como o enfoque central da enfermagem, o receptor dos cuidados que pode ser uma pessoa, família ou sociedade, (George, 2000).

O ambiente é o conjunto de todas as circunstâncias, condições e influências que rodeiam e afetam o desenvolvimento e o comportamento da pessoa. É o input para a pessoa que envolve fatores internos e externos que influenciam o sistema adaptativo de cada um (Tomey & Alligood, 2004). O nível de adaptação é “um ponto em constante mudança, feito de estímulos focais, contextuais e residuais, que representam o padrão da variedade de estímulos da própria pessoa aos quais se pode responder com respostas de adaptação comuns”(Tomey & Alligood, 2004, p.304).

A saúde é um reflexo da adaptação entre a interação da pessoa e do ambiente na promoção da sua integridade fisiológica, psicológica e social. Para Roy, saúde “não é estar livre da inevitabilidade da morte, doença, infelicidade e stress, mas a capacidade de lidar com elas de forma competente”(Tomey & Alligood, 2004, p.308). Caso haja incapacidade da pessoa para se adaptar a uma situação de adversidade, aparece a doença, e saúde acontece quando a pessoa se adapta continuamente (Tomey & Alligood, 2004).

Para Roy, a enfermagem é a profissão de prestação de cuidados que se centra na saúde da pessoa, promovendo interações na capacidade adaptativa da pessoa com o ambiente, através da apreciação de cada um dos quatro modos de adaptação (Tomey & Alligood, 2004)

A pessoa como um todo é constituída por subsistemas para obter a integridade fisiológica, psicológica e social. As respostas aos estímulos do ambiente são efetuadas através de quatro modo de adaptação: o modo físico-

fisiológico; o modo de identidade de autoconceito de grupo; o modo de desempenho do papel e o modo de interdependência.

O modo de adaptação físico-fisiológico está relacionado com os “processos físico e químico envolvidos na função e atividades dos organismos vivos”, ou seja, com as necessidades básicas como a oxigenação, nutrição, eliminação, sono e proteção (Tomey & Alligood, 2004, p. 305).

O modo de identidade autoconceito de grupo relaciona-se com os pressupostos que a pessoa tem sobre si própria, o seu autoconceito. É o conjunto de “crenças e sentimentos sobre si próprio constituído por perceções internas e perceções das reações dos outros” (Tomey & Alligood, 2004, p. 305).

O modo de desempenho do papel social diz respeito aos deveres sociais, perante o papel que a pessoa ocupa na sociedade, tendo em consideração os papéis primários, secundários e terciários (Tomey & Alligood, 2004). Por último, o modo de interdependência lida com as interações da pessoa na sociedade, com as relações de proximidade entre as pessoas consideradas importantes, e inclui formas de procurar ajuda, afeto e afirmação (George, 2000).

Existem ainda dois subsistemas interligados propostos por Roy, para o enfrentamento das situações, nomeadamente o regulador e o cognator. O subsistema regulador é um processo de coping relacionado com o modo fisiológico, sistema nervoso e endócrino. O subsistema cognator, envolve o sistema cognitivo, os processos de informação, de aprendizagem e das emoções os quais influenciam os quatro modos de adaptação da pessoa (George, 2000).

O processo de enfermagem definido por Roy é constituído por seis fases distintas, que correspondem à apreciação dos comportamentos; a avaliação dos estímulos para esses comportamentos; o diagnóstico de enfermagem sobre o estado de adaptação da pessoa; o estabelecimento de metas para promover a adaptação; a implementação de intervenções que visam gerir os estímulos que promovem a adaptação e por último, a avaliação dos objetivos (Tomey & Alligood, 2004).

Perante o diagnóstico de DRC, a pessoa sofre diferentes alterações durante as fases de sua doença quer físicas, sociais e psicológicas, e a equipa enfermeiro-doente-família será a base para a promoção e desenvolvimento de estratégias para promover a sua adaptação a uma nova realidade.

## 2- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E RESPECTIVAS ATIVIDADES

Neste capítulo irei apresentar as atividades desenvolvidas e sua análise reflexiva que contribuíram para a aquisição de competências comuns e as competências específicas da área de Nefrologia. Considero pertinente englobar todas as experiências e vivências decorrentes da intervenção de enfermagem na pessoa com DRC enriquecendo a qualidade dos meus cuidados e o dinamismo deste trabalho.

O estágio planeado no projeto de estágio seguiu as orientações do plano curricular, no entanto não foi possível de concretizar como inicialmente previsto e foi reformulado. Assim foi realizado em quatro campos de estágio (Quadro 1):

**Quadro 1** – Apresentação dos campo de estágio, local e período de duração

Campo	Local	Período
Campo 1	Unidade de DP hospitalar na região da Amadora	24 de Setembro a 19 de Outubro de 2018
Campo 2	Unidade de internamento hospitalar na região de Almada	22 de Outubro a 16 de Novembro de 2018
Campo 3	Unidade de HD hospitalar na região de Almada	19 de Novembro a 15 de Dezembro de 2018
Campo 4	Setor de Ambulatório de Nefrologia na região de Setúbal e Unidade de HD hospitalar na região de Oeiras	3 de Janeiro a 8 de Fevereiro de 2019

### 2.1- Campo 1: Unidade de DP hospitalar na região da Amadora

A unidade de DP referida pertence ao serviço de especialidades médicas de um hospital da área da Amadora cuja a restante caracterização consta em apêndice (ver Apêndice I).

A enfermeira da unidade de DP é considerada perita na área sendo a pessoa de referência da população de DP, e realiza também a consulta de esclarecimento de opções da DRC.

Durante o meu tempo de estágio, estavam referenciados à unidade 9 doentes, dos quais 2 doentes em HD em transição para DP. Justifica-se este número de doentes por ser uma unidade recente com cerca de um ano e meio de funcionamento, com avanços e recuos no projeto inicial que fez com que o doente com DRC que optava por DP fosse referenciado a outras unidades.

No que respeita aos doentes contactados na sua maioria do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 anos e os 75 anos, independentes no seu autocuidado, com início da técnica à cerca de um ano e

meio. Dos 9 doentes, 2 realizam diálise peritoneal ambulatorio (DPA) e os restantes em diálise peritoneal contínua de ambulatorio (DPCA), com representantes de marca Baxter e Fresenius.

Como acesso de DP, os todos os doentes apresentavam o catéter de DP (catéter tenckoff) e 2 doentes portadores também de catéter venoso central (CVC) tunelizado pelo processo de transição para DP.

Todos os doentes da unidade realizaram a consulta de esclarecimento, escolhendo livremente a sua opção terapêutica de acordo com a norma DGS e tinham consentimento informado assinado e anexado ao processo clínico.

Considero um campo de estágio proveitoso, mas com algumas limitações devido ao pouco volume de experiências proporcionadas pelo número de doentes e devido ao tempo limitado do estágio. Desta forma a aprendizagem pode ser limitada principalmente a alunos sem experiências prévias de DP.

O doente com DRC apresenta diferentes alterações no seu quotidiano durante o processo da sua doença sendo o principal objetivo de enfermagem a promoção de estratégias para adaptação a estas mudanças para que o doente e família se adaptem o melhor possível à nova vida.

A equipe de enfermagem é assim fundamental no desenvolvimento de estratégias, no planeamento e implementação de intervenções de cuidados ao doente assim como melhorar a QV dos mesmos.

De acordo com os domínios comuns definidos pela OE, desenvolvi o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, promovendo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. As principais competências neste domínio que pretendi desenvolver e adquirir foi a tomada de decisão suportada em princípios éticos e legais e individuais de cada doente.

A tomada de decisão em parceria com o doente é um processo complexo baseado no valores, privacidade e dignidade da pessoa, que vai de encontro ao modelo de adaptação de Roy pois considera os objetivos, os valores, o doente e as intervenções dos profissionais (Tomey & Alligood, 2004).

Ao longo deste percurso promovi o acesso à informação aos doentes procurando o estabelecimento de uma relação terapêutica. Neste processo considero importante a experiência vivenciada na consulta de esclarecimento e descrita em apêndice (ver Apêndice II).

Enquanto futura enfermeira especialista considero que a tomada de decisão perante o diagnóstico de DRC é o pilar para o sucesso do envolvimento e capacitação necessários para a gestão do regime terapêutico tão necessária nas doenças crónicas. Desta forma, centrando o cuidados e tomada de decisão no doente, faz com que o doente ganhe destaque, responsabilidade e participe do seu autocuidado (Flórez, Fano, Rojo, & Velasco, 2017). De acordo com Roy, ao enfermeiro cabe prestar cuidados para promover a adaptação em situações de saúde e de doença (Tomey & Alligood, 2004).

No caso em particular da DRC a opção do doente está legislada através da norma da DGS número 017/2011, promovendo uma prática segura, com parceria com o doente e assente na liberdade da escolha após uma informação esclarecida e ajustada a cada pessoa. Assim, o enfermeiro deve ver o doente como parceiro no processo de tomada de decisão, onde não é esperado que resolva os problemas pelo doente, mas sim que os resolva em colaboração com ele tendo, portanto uma redefinição de papéis e responsabilidades.

Neste processo de tomada de decisão e no percurso da DRC, verifiquei a importância do envolvimento da família na gestão do regime terapêutico do doente, pelo que este processo pode e deve envolver a família/cuidadores sendo necessário identificar as necessidades quer da família e do próprio doente pois ao enfermeiro deparam-se diferentes desafios de adaptação à doença.

As alterações que a doença acarreta impõem uma considerável sobrecarga psicossocial tanto ao próprio doente como aos seus familiares (Ramos, Santos, Zanini, & Ramos, 2015) implicando um reajuste dos papéis. Por vezes, leva a família a reavaliar comportamentos e práticas, a construir novos significados, a mudar padrões de vida e a rever sonhos e expectativas perante esta realidade (Ferreira, Silva, Tavares, Valadares, & Lisboa, 2016).

É neste processo de reajustes perante o novo ambiente (DRC) e os estímulos envolventes, que de acordo com o modelo de Roy a pessoa (doente e família) vão utilizar os quatro modos de adaptação de de forma a obter a integridade fisiológica, psicológica e social.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, pretende-se que o enfermeiro desempenhe um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de estratégias para o ambiente terapêutico e seguro, procurando desenvolver competências na área da qualidade e melhoria de cuidados.

O facto ter experiência profissional na área de DP obtida numa unidade

de referência em Portugal, foi um meio facilitador de divulgar experiências de sucesso. Conforme a prática clínica identifiquei algumas lacunas, nas quais intervi de forma a melhorar a prática contínua. Após pesquisar a melhor evidência científica, realizei um folheto acerca da alimentação para o doente com DRC, contendo informação resumida e pertinente (ver Apêndice III). Através de meios complementares de informação, procurei uma solução eficaz e eficiente, conjuntamente com a informação oferecida pela equipa multidisciplinar da consulta de esclarecimento, facilitar o processo de adaptação do doente conforme a sua opção consentida da TSFR.

A unidade em questão segue as normas de qualidade descritas no manual de boas práticas (Ordem dos Médicos, 2017), monitorizando e avaliando os indicadores nele descrito. Existe uma preocupação com as medidas gerais de controlo de infeção nesta unidade. A articulação com o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) foi realizada para a criação de protocolos relacionados com profilaxia antibiótica na colocação de catéter de DP, peritonites, infeção do orifício de saída (IOS). Esta unidade está também articulada com o serviço de microbiologia em discussão regular para minimização e identificação de agentes microbiológicos devido à monitorização de peritonites.

Verifiquei que a política de manuseamento e circuito de sujos e limpos deve ser aferida, sendo a enfermeira da unidade chamada a desempenhar algumas vezes estas funções de limpeza e desinfeção da unidade para segurança dos doentes justificada pela falta de recurso humanos (assistente operacional não dedicada à unidade). É um procedimento que necessita a criação de condições físicas e logísticas, assim como ensino/treino das várias classes profissionais para que posteriormente seja monitorizada a adesão destas práticas. Toda esta situação foi exposta à enfermeira chefe do serviço, em conversas informais sobre risco e a necessidade de uma prática segura e de qualidade de cuidados para o doente.

O domínio da gestão dos cuidados, pretende que o estudante gira os cuidados, otimizando as respostas da equipa de enfermagem e articulação com equipa multidisciplinar.

Através de contactos oportunos e informais com enfermeira chefe do serviço, discutimos a dinâmica organizacional do serviço, onde foi possível verificar a falta de recursos humanos e conseqüentemente falta de apoio de

enfermagem à unidade de DP. Debates e refletimos acerca de dotações seguras, funções do enfermeiro de nefrologia, partilhando experiências de outros locais e contextos diferentes de trabalho.

Em conversa informais, motivei a equipa do internamento, onde foi notório a falta de adesão aos cuidados de DP, referindo que a falta de recursos, e falta de treino e conhecimentos justificavam esta tomada decisão e ainda incompatibilidade com equipa médica. Demonstrei através da minha experiência de prestação de cuidados de enfermagem de internamento anteriores da minha vida profissional, a dinâmica da nossa equipa que se encontra treinada e apta à prestação específica em DP.

A estratégia/solução proposta na qual intervi na procura da melhor gestão deste problema, foi o planeamento de sessões de formação sobre DP de carácter obrigatório, com passagem de todos os elementos da equipa do internamento de nefrologia para adquirir treino e prática na área.

O domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais pretende que o enfermeiro especialista seja um elemento facilitador de aprendizagem capaz de demonstrar conhecimentos suportados pela melhor evidência.

Durante o campo de estágio, como anteriormente referi, reconheci situações de conflito entre a unidade DP e o internamento, que se justifica na visão das equipas pela existência de pouco recurso e estes sem treino, sentindo que não reúnem as condições necessárias para a prestação de cuidados seguros nesta área específica. Após o diagnóstico desta situação, detetei a necessidade formativa acerca da área, pelo que planeei uma ação formativa para o serviço de internamento/HD sobre os cuidados de enfermagem ao doente com catéter peritoneal (ver Apêndice IV), de forma a favorecer a aprendizagem e a destreza no manuseamento do catéter de DP, e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros.

Reconhecendo os meus recursos e limites pessoais e profissionais na área pois não sou enfermeira perita e a resistência da equipa do internamento no envolvimento com a unidade de DP, senti que foi uma atividade difícil, mas onde desenvolvi o meu autoconhecimento e assertividade enquanto pessoa e profissional, e ainda facilitador de aprendizagens enquanto enfermeira na tentativa de promover a qualidade de cuidados prestados.

Demonstrei neste campo de estágio, conhecimentos e aplicação na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes, rentabilizando

as oportunidades de aprendizagem e tomando a iniciativa na análise de situações clínicas. Tive oportunidade de cuidar de um doente com granuloma do OS do catéter de DP e psoríase, sendo situação nova para a equipa da unidade, tive oportunidade de investigar acerca do assunto, de forma a prestar o melhor cuidado proveniente da evidência, contribuindo para o conhecimento e desenvolvimento de enfermagem e melhoria dos cuidados prestados ao doente.

Realizei uma pesquisa bibliográfica acerca do assunto e de acordo com os resultados encontrados, foi discutido com equipa da DP de forma a encontrar a melhor prestação de cuidados. Foi bem recebida a minha opinião e tida em conta na adequação do melhor tratamento. Assim foi descontinuada a mudança de icodextrina como potencial desencadeante por um período de dois meses e administrado emolientes e corticosteroides tópicos (Rimsevicius, Sukackiene, Tamulyte, Kirkilaite, & Marius, 2017).

A passagem em campo de estágio permitiu-me compreender e reconhecer a vasta área de intervenção do enfermeiro especialista na área de Nefrologia. Tive oportunidade de participar nas *Jornadas de Enfermagem Nefrológica*, organizadas pelas ESEL onde foram abordados vários temas de Enfermagem Nefrológica ampliando a visibilidade da intervenção do enfermeiro e sua importância nesta área de cuidados (ver Anexo I).

No domínio que intitulei prestação de cuidados especializados à pessoa com alteração da eliminação renal, foi baseado nas competências específicas preconizadas pela EDTNA/ERCA.

Ao longo do estágio verifiquei que o trabalho em equipa multidisciplinar é fundamental para a gestão do tratamento. A intervenção de cada elemento da equipa proporciona uma melhor adaptação ao processo de doença.

Como futura enfermeira especialista tive necessidade de conhecer legislação aplicável à pessoa em DP e a melhor evidência sobre a prática clínica de forma a prestar cuidados com segurança, para tal demonstrei conhecimentos acerca dos princípios físicos, prescrição e as diferentes modalidades de DP, diferentes equipamentos de DP e avaliação eficácia do tratamento, com exceção do teste de avaliação do equilíbrio peritoneal por falta de oportunidade.

Colaborei na gestão de enfermagem na unidade de DP, como gestão de stocks, providenciar material das várias empresas a comercializar no mercado e ainda realizei articulação com apoio domiciliário enfermagem de cada empresa.

Acompanhei a mudança de opção de tratamento de uma doente que se encontrava em programa regular de HD e optou por realizar DP. De forma a saber as suas motivações e valores nessa tomada de decisão consegui desenvolver uma relação de confiança e empatia com a doente e tive oportunidade de iniciar o processo educativo à pessoa que optou por DP.

Sendo a DP uma TSFR realizada em domicílio depende da capacidade dos doentes se autocuidarem, desta forma o enfermeiro deve avaliar a motivação, as habilidades manuais e a cognição, adequando o ensino teórico/prático às necessidades de cada doente (R. A. R. da Silva, Bezerra, Souza Neto, Mendonça, & Salvetti, 2016).

Durante este processo, a doente mostrou-se confiante e sobretudo esclarecida, com a certeza que a DP seria a escolha mais acertada, tendo em conta a sua condição de saúde e o seu estilo de vida, revelando a resposta adaptativa necessária de acordo com Roy.

Neste campo de estágio, existe um programa de ensino estruturado e sistematizado realizado pela enfermeira, sendo um ponto positivo pois facilita e uniformiza as intervenções. Enquanto estudante, segui todos os pontos e adaptando à doente em causa. O espaço onde é realizado o ensino tem condições físicas onde se pode simular o ambiente do domicílio (presença de janelas e portas), contudo sendo uma única sala para várias intervenções, por vezes este processo é interrompido com a entrada de algum profissional contribuindo para a dificuldade de concentração e controlo de infeção. Como intervenção de melhoria, sugeri a colocação de uma placa na porta identificando o momento de ensino e a necessidade de não interromper a sessão.

Desta forma cada unidade tem necessidade de desenvolver um programa de ensino em DP próprio de acordo com a sua prática clínica, experiência pessoal e população utilizando teorias atuais e princípios da educação de adultos, mas tanto a duração como o conteúdo devem ser ajustado de acordo com o aluno, devendo o enfermeiro adaptar a formação ao doente e às suas necessidades (Figueiredo et al., 2016).

Neste processo de relação terapêutica entre enfermeiro-doente-família na gestão da doença crónica é crucial o tempo e comunicação para criação de uma relação de confiança e de empatia. É gratificante verificar que o papel do enfermeiro é fundamental pois é a pessoa de referência para os doentes e família, onde a relação desenvolvida por vezes é mais que profissional (doentes

referem que a enfermeira de DP é a nossa mãe!).

O enfermeiro especialista na DP é importante para o envolvimento, capacitação e empowerment do doente trabalhando o autocuidado para garantir resultados de sucesso na adesão e gestão do seu regime terapêutico. O objetivo de treinar um doente em DP não é apenas garantir aspetos seguros da técnica, mas gerir todo o processo de doença, nomeadamente identificação de sintomas, solucionar problemas que podem ocorrer durante o tratamento e arranjar estratégias individuais para o autocuidado (Hurst, 2016).

Para se conseguir uma adaptação a uma mudança de vida é fundamental compreender todos os ensinamentos que são feitos pelos profissionais de saúde, e consequentemente a literacia em saúde está fortemente relacionada com o conceito de autocuidado e autogestão da doença, que é fundamental na DP. De acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS), literacia em saúde é o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde (World Health Organization, 2019a).

Em Portugal, os estudos divulgados apontam para baixos níveis de literacia em saúde (Diário da República, 2016) pelo que a população apresenta menor probabilidade de compreender informação escrita e oral fornecidas pelas equipas de saúde (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016). Desta forma, o enfermeiro especialista deve ter em conta esta realidade e ter uma intervenção proativa na gestão da DRC para melhorar a qualidade da prestação de cuidados.

A DP sendo realizada no ambiente domiciliário necessita que vários aspetos sejam abordados para a capacitação dos mesmos (Schaepe & Bergjan, 2015). O indicador mais utilizado na avaliação destas intervenções na DP é a taxa de peritonite (Schaepe & Bergjan, 2015).

A peritonite é a principal causa pela hospitalização do doente e a principal causa da falha da técnica e mortalidade na DP (Ronco, Crepaldi, & Cruz, 2009), pelo que durante este estágio foquei e realizei intervenções de enfermagem para resolver complicações do tratamento principalmente infecciosas.

Dentre as complicações infecciosas destacam-se a Infeção do Orifício de Saída do catéter (IOS) e a peritonite (American Nephrology Nurses' Association (ANNA), 2017). Os dados portugueses descrevem 0,29 episódio/doente relacionado com peritonite, e é a principal causa (35,3%) de transferência dos doentes de DP para HD (SPN, 2018).

Durante a minha prática clínica capacitei os doentes em DP sobre a importância da prevenção de infeções. Neste campo de estágio, a taxa de peritonite é 0.88, verificando-se o uma distribuição de agentes 33.3% staphylococcus epidermis e 66.7% cultura negativa. A IOS do catéter é causada predominantemente por organismos como o stafilococcus aureus.

Deste modo, reforcei e capacitei para a importância da higienização das mãos e técnica asséptica e o uso de máscaras do doentes e cuidadores durante a realização do procedimento de DP. Referindo-me à higienização das mãos, acredita-se que a técnica correta pode prevenir a infeção pois as mãos podem tornar-se um veículo de transmissão de microrganismos (Kusumota et al., 2015). Desse modo, a supervisão permanente do enfermeiro de DP sobre a higienização correta das mãos, tanto da equipe de saúde quanto de doentes e cuidadores, pode minimizar ocorrência de infeções.

Quanto às condições do local de saída do catéter, observei que a maioria dos doentes apresentava a pele íntegra peri-catéter. A ferramenta utilizada na avaliação e classificação é a escala de Twardowski.

Nesta unidade existe preocupação com a prática segura de cuidados a unidade tem implementado a monitorização remota nos equipamentos da marca Baxter, usando o sistema HomeChoice ajudando na avaliação e monitorização dos tratamentos de cada doente. Verifiquei que tanto o doente/família como a equipa de DP utilizam o telemóvel como um meio de aproximação nos cuidados de forma a que o doente e família se sentiam seguros.

Contudo, considero que existe uma lacuna neste processo de capacitação dos doentes até ao domicílio, pois não está implementada a visita domiciliária efetuada pela equipa da unidade. Assim, esta intervenção é realizada pela enfermeira de referência da marca de comercialização de material no primeiro dia de tratamento autónomo no domicílio. Considero um ponto a melhorar neste processo de adaptação à TSFR, pois todo o caminho foi acompanhado pela equipa da unidade com a qual o doente desenvolveu uma relação terapêutica de confiança e num momento crucial e de grande ansiedade para o doente, o enfermeiro da unidade de DP não é envolvido.

Desta forma, referi como sugestão de melhoria de cuidados e continuidade dos mesmos, a visitação domiciliária visando a adaptação do doente e cuidador/família à doença, devendo as equipas das unidades de DP estar dispostas e aptas a oferecer o ensino da pessoa no seu ambiente.

Após a realização deste estágio seguindo o modelo de Benner considero-me enfermeiro proficiente, pois sou capaz de avaliar as situações na sua globalidade, e o campo de estágio foi avaliado com nota excelente.

## **2.2- Campo 2: Unidade de internamento hospitalar na região de Almada**

Este campo de estágio decorreu num serviço de internamento diferente do planeado no projeto por falta de autorização da unidade hospitalar inicial. Assim, foi realizado no Serviço de Internamento de Nefrologia de um hospital em Almada que caracterizei em apêndice (ver Apêndice V).

No que respeita aos doentes contactados durante o estágio, a sua maioria encontrava-se em programa regular de HD e o episódio do internamento de Nefrologia relacionado com agudização da sua situação clínica ou por comorbilidades associadas. Numa menor relação, existiam doentes em programa de DP e com complicações após TR.

Os diagnósticos de internamento mais frequentes identificados foram DRC agudizada, infeção respiratória, perda de património vascular, disfunção do enxerto renal, lesão renal aguda (LRA) e deterioração do estado geral. Grande parte dos doentes internados apresenta como antecedentes pessoais a hipertensão arterial (HTA) e a diabetes mellitus (DM) indo de encontro à literatura sobre as principais causas de doença renal.

Durante este campo de estágio desenvolvi competências nos domínios comuns definidos pela OE. No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, procurei durante a minha ação enquanto enfermeira especialista utilizar o código deontológico, na procura da melhor conduta profissional promovendo o respeito, a privacidade e a dignidade do doente.

Perante as situações vivenciadas, procurei que a tomada de decisões realizadas fosse em parceria com o doente, baseada no seu direito à escolha aliando o melhor conhecimento que detenho. Atendendo aos valores, costumes, crenças e à individualidade de cada pessoa cria-se um ambiente favorável e seguro para uma relação terapêutica eficaz.

A relação terapêutica promovida na enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o doente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel, a ser proativo no seu projeto de saúde envolvendo as pessoas significativas como a família (Conselho de Enfermagem, 2001).

Desta forma, de acordo com o pensamento de Roy, equipas de enfermagem qualificadas, com suporte teórico e competências que potenciam uma relação de confiança e respeito, são facilitadoras de adaptações da pessoa ao ambiente (Tomey & Alligood, 2004).

Durante o ensino clínico, promovi a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral. No contexto da prática clínica verifiquei a utilização dos sistemas de informação para benefício para as equipas de saúde.

O campo de estágio em causa recorre ao Sclínico onde está reunida toda a informação clínica do doente, diminuindo o número de registos em papel e obtendo as informações clínicas do doente, em tempo útil, de uma forma mais rápida, eficaz e segura. Para os enfermeiros, a prática dos cuidados utiliza a linguagem informatizada de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).

Existe a partilha de informação documentada na instituição e os diferentes serviços diferentes pelo que existe a necessidade de segurança/proteção dos dados dos doentes. Assim, a entrada no sistema é realizada através do número mecanográfico de cada profissional e sua palavra-chave, dando acesso a informação necessária para o exercício da sua atividade profissional.

Sendo um internamento de Nefrologia reconheço que ser enfermeira com experiência nesta área, foi uma mais valia para toda equipa de enfermagem. A solicitação de esclarecimento de alguma dúvida, o interesse demonstrado pelos elementos mais novos em quer saber como são as experiências de outros locais, fazem com que a nossa presença não seja em vão. Assim, demonstrei conhecimentos específicos nesta área, através da minha opinião e fundamento, e aproveitei todos os contributos que percecionei como oportunidades de aprendizagem e análise para o meu desenvolvimento.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, tentei desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de estratégias para a prática de um ambiente terapêutico e seguro.

Verifiquei que a unidade promove práticas de cuidados seguros. Assegurando a identificação inequívoca dos doentes, todos os doentes do internamento estão identificados com pulseira de identificação (vários doentes estão confusos e com défices cognitivos), sendo uma prática de segurança para prevenção de incidentes associados à prestação de cuidados de saúde, que vai de encontro ao Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020.

De acordo com a OE os doentes e famílias têm direito a cuidados seguros, afirmando que a segurança deve ser uma preocupação fundamental dos profissionais e das organizações de saúde (OE, 2006).

Nesta experiência, verifiquei o desenvolvimento de ações na prevenção da ocorrência de quedas, de úlceras de pressão, e prevenção e controle das infeções onde a minha enfermeira orientadora desenvolve um papel importante pois é elo de ligação com o PPCIRA.

Existiu uma situação com potencialidade de risco para o qual alertei: o doente que realiza HD em contexto de internamento tem necessidade de se ausentar do piso para o tratamento. Durante a sessão de HD, verifiquei que a terapêutica não é validada no sistema informático Sclinico, ao qual ambas as equipas de enfermagem têm acesso. Não é uma prática realizada pela equipa de HD, desta forma intervi junto da enfermeira chefe do internamento e do serviço de HD, de forma a garantir o acesso da informação correta, sem erros e risco para o doente, como é a falta de validação da terapêutica. Trata-se da segurança e qualidade, desperdiço de tempo pelo enfermeiro do internamento que tem de confirmar se está registado em notas gerais ou via telefone. Os sistemas são uma ferramenta com utilidade comprovada para segurança de informação e gestão de trabalho entre os vários intervenientes dos cuidados.

A prescrição e a administração de medicamentos pressupõem a partilha de responsabilidades de cada interveniente do processo, designadamente, quem prescreve, o médico, de quem dispensa o fármaco, o farmacêutico e quem administra, o enfermeiro e perante uma prática que, eventualmente possa colocar em risco o doente, o enfermeiro, no exercício da sua responsabilidade profissional, deve desenvolver esforços com o objetivo de melhorar a segurança do doente e deve abster-se de colaborar em práticas inseguras, registando o facto e comunicando pelas vias hierárquicas o sucedido.

Desta forma, apesar do curto tempo do estágio colaborei na área de qualidade procurando a melhoria contínua. Ao procurar uma solução, adquiri e incorporei conhecimentos acerca da qualidade na prestação cuidados, de acordo com a evidência científica e normas com o objetivo de selecionar estratégias de melhoria, que debati com a enfermeira chefe e a minha enfermeira orientadora.

No domínio da gestão dos cuidados promovi um ambiente positivo à prática de enfermagem.

Através de contactos oportunos com enfermeira chefe do serviço, discutimos a dinâmica organizacional do serviço, dotações seguras, onde foi possível verificar a falta de recursos humanos e outros constrangimentos relacionados com a lei laboral, parentalidade e flexibilidade de horários que cada vez mais se verifica e acarreta alguns conflitos nas equipas que é necessário gerir promover a qualidade desejada e avaliar os riscos para a prestação de cuidados associados aos recursos.

Verifica-se que para além da gestão de recursos humanos e a gestão de recursos materiais na prestação dos cuidados de enfermagem são cada vez mais uma preocupação na prática clínica, principalmente dos enfermeiros com mais competências (enfermeiros responsáveis, especialistas, chefes de equipa).

Aproveitei o facto da minha enfermeira orientadora (especialista) desempenhar funções de chefe de equipa, e assim adquirir e consolidar competências acerca de gestão de equipas e substituição do papel do enfermeiro gestor na ausência do enfermeiro chefe do serviço. Como profissional desempenhei funções como chefe de equipa, mas ao encontrar-me neste curso, tive oportunidade de refletir e tomar consciência de elementos fundamentais para o desenvolvimento desta competência como a assertividade, os comportamentos, as competências, a comunicação e a organização.

Numa perspetiva organizacional do trabalho, o enfermeiro gestor é responsável pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e simultaneamente motivar o desenvolvimento profissional dos enfermeiros para uma prática de enfermagem com qualidade centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde (OE, 2018). Para a qualidade dos cuidados de enfermagem é fundamental uma metodologia de organização dos cuidados suportada por valores e uma filosofia de cuidar seguidas por toda a equipe.

Neste campo de estágio, verifiquei que a equipa de enfermagem utiliza o método de enfermeiro responsável. Este caracteriza-se pela responsabilidade individual do enfermeiro na coordenação dos cuidados de enfermagem aos doentes que lhe são atribuídos, sendo a enfermeira de referência. O método tem como principal vantagem a relação da enfermeira /doente e família, promovendo a autonomia e contribuindo para uma relação terapêutica com intuito de um cuidado personalizado e humanizado (Mattila et al., 2014).

Verifiquei no campo de estágio que normalmente cada enfermeiro de referência tem atribuído três ou quatro doentes, e cabe-lhe a responsabilidade

efetuar a colheita de dados, o diagnóstico e a planificação dos cuidados; assegurar a sua continuidade de cuidados através do plano e planear a alta (ensino ao doente e à família e encaminhamento apropriado).

Durante a prestação de cuidados ao doente com DRC, constatei que a enfermeira assume uma função de gestora de todo o seu processo de doença do doente. É necessário o envolvimento e negociação com outros profissionais de saúde no processo da adaptação do doente à DRC. Tive oportunidade de referenciar para outros prestadores de saúde, nomeadamente, assistente social, fisioterapia, nutricionista, equipa de gestão de altas, transmitindo a informação segura necessária à continuidade de cuidados para a obtenção de um nível ótimo de bem-estar estar por parte da pessoa, à luz do pensamento de Roy.

No domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais, propus-me a ser um elemento facilitador de aprendizagem.

Durante a vivência neste campo de estágio ocorreu uma situação potenciadora de eventuais de conflito e com necessidade de atuar eficazmente sob pressão. Tive contacto com um doente em programa de HD, com acesso disfuncionante e falência na rede vascular que teve necessidade de iniciar DP. Sendo um doente idoso, sem capacidade de se autocuidar, foi contato família/cuidador para envolvimento nos cuidados e verificar a sua capacidade para assumir a DP no domicílio. Durante a minha prestação de cuidados verifiquei que a DP não era eficaz, o doente apresentava edemas generalizados, com más drenagens, pelo que houve necessidade de ajuste de dose de sessões de HD e DP, conforme avaliação de sinais e sintomas de sobrecarga hídrica, mantendo boa comunicação com equipa médica e colaborando na decisão do melhor plano diário da situação clínica do doente.

Foi um caso discutido pelos vários intervenientes da equipa de saúde, onde surgiu um possível projeto “diálise peritoneal domiciliária assistida” de forma a providenciar os cuidados necessários a este doente após alta. Foi muito interessante observar que as equipas em prol do doente se mobilizam e reinventam com a motivação necessária para o melhor de cada doente. São um exemplo a seguir na procura de soluções a cada caso, verificando que a chefe motivou a equipa para se tornar possível este eventual projeto aquando da alta do doente.

Este conceito de DP assistida está previsto no Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica. Está relacionado com a técnica da DP em que os cuidados

são realizados por um assistente na totalidade ou em parte, e está indicada para doentes não autónomos para a técnica. Pode ser realizado em casa do doente ou instituição e o assistente pode ser familiar ou amigo, profissional ou não, e com durabilidade permanente ou temporária (Ordem dos Médicos, 2017).

Com o intuito de promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e, conseqüentemente contribuir para a melhoria dos cuidados prestados, realizei momentos de sensibilização sempre que achei pertinentes desenvolvendo a aprendizagem, a destreza nas intervenções e as competências dos enfermeiros. Por serem momentos de sensibilização oportunos em contexto de trabalho, não se avaliou o impacto. A exemplo, foi abordado o TC, questionada para esclarecimento de dúvidas, a colaborar no plano de cuidados mais adequado à situação, assim fui elemento de referência contribuindo para o conhecimento e desenvolvimento de enfermagem de acordo com a evidência.

Das experiências vivenciadas, existiu um caso que considerei importante para o meu desenvolvimento pessoal e profissional acerca do meu tema de relatório, a tomada de decisão clínica de suspender HD. Realizei um estudo de caso (ver Apêndice VI) para adquirir conhecimentos e na sua análise e reflexão a procura da melhoria de cuidados prestados.

A minha experiência profissional de 5 anos em contexto de internamento de nefrologia, neste campo de estágio foi um fator vantajoso e consegui demonstrar conhecimentos e aplica-los na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes, tornando as intervenções realizadas como oportunidades de aprendizagem e iniciativas análise de situações clínicas.

Perante este percurso da especialidade, deparei-me ao longo do ensino clínico, com situações semelhantes às minhas vivências da prática profissional, mas nesta fase do meu percurso, reconheço que a análise das situações é mais profunda e menos automatizada que no início de vida profissional. Desta forma, faz sentido que o enfermeiro que se propõem a realizar a especialidade detenha anteriores conhecimentos bem sedimentados das competências generalistas e desta forma se obtenha o maior proveito das competências acrescidas.

Durante este campo de estágio utilizei os recursos possíveis para adquirir mais conhecimentos. Assim, aproveitei a oportunidade de colaborar nos cuidados ao doente submetido a TR (ver Apêndice VII) na consulta após TR, que foi importante na aquisição e consolidação de conhecimentos.

Este campo de estágio proporcionou-me experiências de forma adquirir

variados conhecimentos acerca da doença renal, tais como LRA, agudização da DRC, falência de acessos, mudança de tratamento para DP; suspensão de HD, sendo este último um grande desafio para mim devido ao meu tema de relatório que eu identifico como sendo uma área com lacunas no conhecimento e portanto uma oportunidade relevante de investigação, dedicando parte do meu trabalho autónomo a realizar pesquisa bibliográfica deste tema.

Tive a oportunidade de assistir ao simpósio de Nefrologia organizado pela instituição do ensino clínico sobre a Nefrologia e Diabetes (ver Anexo II). Nesta experiência reforcei e adquiri conhecimentos acerca desta problemática, sobre a não existência de um plano de prevenção da DRC bem definido com foco na prevenção dos fatores de risco como a DM, obesidade e HTA. Os cuidados de saúde primários e a Nefrologia deviam estar mais próximos permitindo o acompanhamento da doença renal desde os estádios iniciais.

No domínio da prestação de cuidados especializados baseado nas competências da EDTNA/ERCA adquiri competências específicas na área de Nefrologia. Como enfermeira especialista, devo contribuir para uma mudança do paradigma no contexto dos cuidados de saúde nomeadamente envolver o doente no processo de tomada de decisão criando uma relação terapêutica onde é esperado um papel ativo do doente.

Durante esta experiência verifiquei a importância do trabalho em equipa multidisciplinar como vantajosa para o doente no processo de adaptação à DRC.

A participação e envolvimento do doente e família no processo de cuidar é fundamental e enquanto enfermeira procurei ter um papel positivo neste percurso do internamento. Desta forma, no modelo de Roy, a pessoa é vista como um sistema em constante adaptação e dependente dos estímulos a que está exposto, sendo necessário ter em conta o sistema adaptativo que cada um representa em interação com o ambiente.

Devemos estar cientes enquanto profissionais de saúde que aquilo que é considerado como um procedimento habitual para nós, não é percecionado dessa forma pela família, não se devendo subestimar o sofrimento e a ansiedade da mesma. Incentivei a participação da família nos cuidados desde o acolhimento até a alta clínica, acreditando que a criação de uma relação humanizada e terapêutica constitui uma ferramenta imprescindível no cuidado.

Durante o estágio verifiquei que o doente ao longo do percurso da doença vai ficando mais dependente, provocando um impacto físico e psicossocial no

doente e família. Procurei acompanhar a família, explicando-lhes todos os procedimentos e o estado geral do seu familiar, o que reduz significativamente a ansiedade associada a estes momentos.

A satisfação dos doentes e familiares são uma prova da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa internada. De forma ajudar adaptar-se ao período do internamento do doente, o serviço disponibiliza folhetos como o guia de acolhimento ao doente e família, guia do acompanhante, os direitos e deveres dos utentes numa procura de cuidados de proximidade.

Durante a minha presença no internamento, verifiquei que esta unidade desenvolve um trabalho positivo com a articulação dos serviços hospitalares e comunidade. A unidade desde 2013 tem implementado um projeto operativo “Partilhar para Cuidar”, que consiste na transição segura de cuidados desde o internamento até ao momento de alta clínica com Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Almada/Seixal, como otimização do processo de alta. Este processo operacionaliza-se com envio de correio eletrónico e carta de alta de enfermagem para ACES de cada doente e correspondente enfermeiro, onde são explanados os diagnósticos e intervenções de enfermagem aquando da alta, onde se incluiu uma visita domiciliária do enfermeiro de referência de cuidados primários caso se justifique, como por exemplo risco elevado e/ou presença de úlcera de pressão. A sua finalidade é reduzir a taxa de reinternamento do serviço hospitalar e garantir uma transição de cuidados seguros para o doente.

A avaliação do meu campo de estágio foi excelente. As experiências vividas e refletidas permitiram o meu desenvolvimento e aquisição de competências para que me considere enfermeira perita no modelo de Benner.

### **2.3- Campo 3: Unidade de HD hospitalar na região de Almada**

O terceiro campo de estágio decorreu numa unidade de HD hospitalar de um hospital público em Almada, o mesmo descrito no campo estágio anterior, com caracterização em apêndice (ver Apêndice VIII).

No que respeita aos doentes contactados durante o estágio, a sua maioria encontrava-se em programa regular de HD tanto em contexto de ambulatório como de internamento. No caso do programa de ambulatório, justificava-se a realização do tratamento em hospital, dada a instabilidade da sua situação clínica/comorbilidades ou social, e por liberdade de escolha de local do doente

enquanto a capacidade da unidade o permitir. Os doentes internados, eram provenientes, na sua maioria, dos serviços de internamentos de especialidades médicas por agudização da sua situação clínica.

A população alvo do programa de ambulatório desta unidade (cerca de 60 doentes) apresenta idades compreendidas entre os 50 e 90 anos de idade, são maioritariamente do sexo masculino em programa regular de 3 sessões/semana e duração de 4 horas de tratamento. As principais causas da DRC correspondem a DM tipo II, HTA e doenças cardiovasculares conforme identificado na literatura e já referido no enquadramento teórico.

Em relação ao acesso vascular, verifiquei que existiam 36 doentes com fístula arteriovenosa (FAV), 5 doentes com prótese arteriovenosa e 21 doentes com catéter de longa duração (CLD).

O início do tratamento de HD observei que o acesso mais frequentemente utilizado é o CVC. Esta causalidade do surgimento do CVC como o acesso vascular mais comum em detrimento dos acessos arteriovenosos, ao contrário do que preconiza a literatura, foi justificada pela equipa de enfermagem decorrente da referenciação tardia dos doentes à consulta de Nefrologia e posterior tardia construção de acesso vascular e maturação necessária para ser possível o início por acesso arteriovenoso (AAV). Outro fator a ter em conta diz respeito à faixa etária dos doentes e conseqüente perda de rede vascular.

Por estas razões, a FAV é reconhecida como o melhor acesso vascular para a realização de HD, o *Gold standard* (EDTNA/ERCA, 2015). Assim, é aconselhável que seja criada pelo menos 2-3 meses antes do início da HD (OE, 2016) para minimizar a utilização de catéteres e reduzir as complicações associadas aos mesmos. A ser utilizado um catéter para o tratamento deve ser preferido, mesmo transitoriamente, o uso do CLD implantado preferencialmente na veia jugular interna direita (OE, 2016), o que não se verifica na realidade do contexto clínico, sendo CVC provisório o mais frequente.

A HD constitui a TSFR mais frequente pelo que o enfermeiro especialista de nefrologia deve desenvolver competências de HD de forma a encontrar-se apto para a excelência de cuidados. Assim, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal desenvolvi competências na tomada de decisão baseada em princípios éticos, legais e individuais de cada doente.

A admissão do doente com DRC deve ser acompanhada de uma tomada de decisão, esclarecida e informada, sobre a modalidade de TSFR que melhor

se adapta ao seu estilo de vida. Verifiquei que todos os doentes desta unidade tinham assinado o consentimento informado de acordo com a norma número 017/2011 da DGS anexado em processo clínico.

Previamente realizaram a consulta de esclarecimento da DRC e no caso de o doente induzir HD em contexto de urgência é posteriormente encaminhado a esta consulta. Tive oportunidade de observar e colaborar com uma colega nestas consultas. É expectável que o doente inicie HD após a escolha informada da modalidade de TSRF que considere mais indicada e adequada à sua situação, incluindo o TC.

Ao longo do meu estágio a minha intervenção com o doente em tratamento de HD foi realizada em parceria com o doente, promovendo o respeito pelas suas capacidades e a valorização do seu papel com o objetivo de desenvolver uma relação terapêutica para ajudar o doente a ser proactivo na gestão do seu tratamento e envolvendo as pessoas significativas de cada doente (Conselho de Enfermagem, 2001) de forma a facilitar o processo de adaptação à doença e ao tratamento de HD.

Apesar do curto tempo do campo de estágio, colaborarei em atividades na área de qualidade desenvolvendo o domínio da melhoria contínua da qualidade. Desta forma, tive necessidade de adquirir conhecimentos sobre as diretivas de melhoria contínua da qualidade através da pesquisa bibliográfica.

Identifiquei como oportunidade de melhoria o acolhimento ao doente e na alta de enfermagem na unidade de HD. O assunto foi discutido com enfermeira orientadora e chefe de serviço, de forma a selecionar uma estratégia de melhoria propondo uma solução eficaz e eficiente. Assim, elaborei um folheto de Guia de Acolhimento (ver Apêndice IX) e uma proposta de folha de Alta de Enfermagem (ver Apêndice X).

O objetivo do guia de acolhimento foi facultar informação adicional ao doente, em suporte de folheto com linguagem compreensível acerca do funcionamento da unidade e sintetiza as informações mais pertinentes da unidade. O acolhimento inicial incluí uma visita prévia, acompanhada pelo enfermeiro, à unidade, simulando o percurso e as respetivas intervenções diárias a que será sujeito no dia de tratamento. Contudo o início de HD apresenta-se na prática clínica por vezes de forma urgente e sem planeamento antecipado, acabando o doente por realizar o tratamento sem uma preparação prévia

causando níveis elevados de ansiedade e sentimentos negativos acerca da DRC e da HD.

Pela minha prática profissional e pelas vivências deste campo de estágio, verifiquei que em geral o doente em HD no momento da alta da unidade hospitalar recebe orientações e informações fornecidas pela equipa médica e pouca ou nenhuma intervenção de enfermagem pelo que é necessária uma mudança de prática na equipa de enfermagem.

Perante esta realidade o enfermeiro deve assumir a orientação do doente/familiar/cuidador no processo do cuidar, assegurando a continuidade das intervenções no tratamento do doente no seu domicílio e na continuidade de prestação de cuidados pelas restantes instituições necessárias. Só assim, o enfermeiro identifica os comportamentos e estímulos que influenciam a adaptação do doente ao ambiente, promovendo a capacidade de afetar positivamente a saúde (Tomey & Alligood, 2004).

Para desenvolver estas atividades tive por base os padrões de qualidade da OE, incidindo no enunciado da readaptação funcional. De acordo com o enunciado, o enfermeiro deve procurar conjuntamente com o doente desenvolver processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde identificando elementos importantes face à sua readaptação funcional.

O domínio da gestão dos cuidados pretende desenvolver competências na gestão dos cuidados.

Na DRC o enfermeiro de Nefrologia assume uma posição de coordenador da gestão da doença, desta forma o enfermeiro é o elemento mais capaz de reconhecer quando negociar com ou referenciar para outros prestadores de saúde. Cabe ao enfermeiro a delegação de tarefas, de forma a gerir e utilizar de forma eficiente os recursos para promover a qualidade, compreendendo os distintos papéis e funções de todos os membros equipa multidisciplinar.

Verifiquei que nesta unidade de HD a colaboração na gestão de enfermagem prestada pelos enfermeiros especialistas, sendo os elementos de referência e coordenadores dos processos na ausência do chefe do serviço.

O método de organização de trabalho é método de trabalho de enfermeiro de referência, que para além das vantagens já conhecidas, ajuda a descontinuar a tendência tecnicista que a própria rotina de tratamento de HD tende a mecanizar as equipas de prestação de cuidados.

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais pretende que o enfermeiro especialista seja um elemento facilitador de aprendizagem capaz de demonstrar conhecimentos suportados pela melhor evidência.

Aproveitei as atividades realizadas do domínio anterior que incorporei no enunciado dos padrões de qualidade de Enfermagem, e realizei uma ação de formação acerca dos padrões de qualidade nomeadamente o enunciado da readaptação funcional e as competências dos enfermeiros na unidade de HD (ver Apêndice XI). Para esta atividade foi realizado um plano de Ação de Formação para todo o serviço e foi avaliada pela equipa de enfermagem como excelente (ver Apêndice XII).

O grau de especialização em Nefrologia dos enfermeiros deste campo de estágio, permitiu-me a partilha/discussões informais de temas e situações que surgiram da prática clínica. Desta forma, contribuí para o desenvolvimento de enfermagem, discutindo as implicações da investigação e demonstrando que os conhecimentos e a sua aplicação na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes.

Durante este campo de estágio aproveitei o facto da minha enfermeira orientadora ser o elo de ligação no serviço de HD no PPCIRA, para adquirir novos conhecimentos e criando as oportunidades de aprendizagem acerca das infeções associadas aos cuidados de saúde.

Nas unidades de diálise a implementação das precauções básicas do controlo da infeção, bem como a sua monitorização e acompanhamento do seu cumprimento por toda a equipa prestadora de cuidados ganha grande importância (Ordem dos Médicos, 2017). Existe particular atenção para a prevenção de infeções bacterianas associadas aos acessos vasculares e na prevenção de infeções virais transmitidas pelo sangue.

Neste campo de estágio existe um programa de higiene e controlo de infeção eficaz e dispõe de recursos/equipamentos necessários para realizar tarefas e procedimentos com segurança e eficácia.

Tive oportunidade de realizar e colaborar numa auditoria acerca da higienização das mãos e utilização de luvas, aplicando instrumentos de avaliação emanados pela DGS e programa PPCIRA. A existência de auditorias é construtiva para a melhoria contínua da prestação de cuidados procurando a excelência dos cuidados, pelo que aproveitei esta atividade para informalmente atuar como formadora oportuno em contexto de trabalho.

No domínio da prestação de cuidados especializados, sendo a HD a realidade da minha prática clínica verifico habitualmente que o foco de atenção de Enfermagem tem sido por várias vezes a técnica dialítica associadas à preparação, monitorização e término da sessão.

Acredito que o desenvolvimento de competências dos enfermeiros especialistas tem ajudado a quebrar este paradigma da HD existindo uma tendência crescente no sentido da abordagem holística do doente, indo de encontro ao preconizado para a Enfermagem e colocando o enfermeiro como elemento importante na equipa multidisciplinar criando oportunidades de desenvolvimento de intervenções diferenciadas no acompanhamento da pessoa com alteração da função renal (OE, 2016).

Durante o estágio, fui capaz de descrever os princípios físicos de HD, identificar e caracterizar as diferentes modalidades de HD, caracterizando a prescrição de um programa de HD e a forma de avaliar a eficácia da sessão de HD. Apesar de ser uma técnica que domino pelo meu contexto profissional, estive exposta a material clínico desconhecido pelo que realizei pesquisa sobre o mesmo e assim conheci novas tecnologias e adquiri novos conhecimentos.

Identifiquei e realizei intervenções de enfermagem para resolver complicações intradialíticas mais frequentes como hipotensão, vômitos e cambrias, e consequente adequação do tratamento, revendo e monitorizando a estratégia de HD na procura do melhor e mais seguro cuidado de enfermagem, onde é fundamental trabalho de com equipa multidisciplinar.

Esta vivência clínica permitiu-me verificar que o enfermeiro é o profissional mais apto e capacitado científica e tecnicamente para atuar na gestão do regime terapêutico identificando os comportamentos para adesão e não adesão do doente da DRC.

Tradicionalmente, os doentes passam por três fases de adaptação ao tratamento, nem sempre sequenciais e com flutuações ao longo do tempo. Estas foram descritas como a fase - euforia, a fase - reação depressiva e, por fim, a fase - adaptação realista (Thomas et al., 2005). Estas respostas representam um processo de adaptação à perda caracterizando a forma como o doente aceita a doença e toma consciência relativamente às alterações que a sua vida sofreu.

A HD causa uma rutura no estilo de vida dos doentes, provocando a necessidade de se adaptar à nova condição. Em particular, é responsável por restringir a vida quotidiana, impondo limitações aos doentes que afetam os

aspectos biológicos, psicológicos e sociais de cada um (Aparecida, Souza, Coelho, & Coêlho, 2018), sendo importante a intervenção das equipas de saúde para uma resposta positiva de adaptação ao tratamento e adesão terapêutica.

No modelo de Roy, a saúde é o reflexo da adaptação entre a pessoa e o ambiente, é um processo de promoção da integridade fisiológica, psicológica e social (Tomey & Alligood, 2004).

A TSFR é considerada desta forma como um benefício para o doente contudo é uma experiência complexa e ambígua dependendo da forma e da capacidade do doente lidar com os vários fatores de stress (Polaschek, 2003), verifica-se pouca aderência dos doentes ao regime terapêutico, e este não deve ser rotulado como não conformidade. Pelo contrário, deve ser reconhecido como “uma parte natural do processo”, uma nova compreensão do ser que exige educação contínua por parte dos profissionais de saúde pois uma informação só pode ser entendida quando a experiência é vivida (Polaschek, 2003).

Assim, cabe ao enfermeiro avaliar os requisitos de autocuidados do doente com DRC em HD de forma ajudar o doente na adaptação ao tratamento e todas as modificações necessárias, realçando a importância de enfermagem nos programas de educação sobre o autocuidado, os cuidados com o acesso vascular e a adesão ao regime terapêutico.

Estes doentes estão submetidos a um grande número de estímulos que influenciam o seu comportamento, interferindo de forma negativa na sua adaptação e pondo em risco a sua integridade psicológica, social e física. Assim, são fundamentais cuidados de enfermagem que favoreçam respostas adaptativas às limitações impostas pela doença e pela TSFR, acreditando que o modelo da adaptação de Roy pode guiar os cuidados de enfermagem ao doente com DRC em HD ajudando-os a manterem-se adaptados.

No caso da HD (Frazão et al., 2013) os doentes vivenciam várias alterações no seu cotidiano, ocasionadas pela restrição hídrica e alimentar, e pela dependência da diálise para a manutenção de sua vida, interferindo diretamente na percepção da pessoa no seu papel social, na sua QV, envolvendo limitações físicas e alterações na vida.

Procurando a qualidade dos cuidados ao doente em HD constatei que uma das intervenções da equipa de enfermagem são os cuidados na avaliação e manutenção dos acessos vasculares. Verifiquei que a canulação de um AAV é um momento de grande receio e ansiedade por parte do doente, pelo que deve

ser antecedida de uma minuciosa avaliação pelo enfermeiro através da observação, palpação e auscultação do acesso vascular (OE, 2016).

Na unidade de HD não possui um protocolo de atuação na canulação de um AAV para HD. A técnica de canulação mais recomendada num AAV é a técnica de escada (EDTNA/ERCA, 2015) (ANNA, 2017), contudo é a técnica em área a mais usual na unidade e na prática comum de cuidados pelas vantagens que apresenta para o doente, como a facilidade de punção e diminuição da dor.

Na área dos acessos vasculares, existe um esforço de toda a equipa de enfermagem, em dar corpo a um dos projetos desenvolvidos por um dos enfermeiros especialista de Nefrologia do serviço que corresponde à avaliação mensal da taxa de recirculação em doentes com AAV, através do sistema Blood Temperature Monitor (BTM). Usando o BTM, é possível determinar a extensão da recirculação por meio de uma técnica de bolús de temperatura não invasiva (Fresenius, 2005) e usado para detetar a recirculação do acesso ajudando na avaliação de enfermagem da eficácia dialítica e da funcionalidade do acesso.

Com estes dados, desenvolveram um programa informático com os vários parâmetros de avaliação de acesso, com registo desde o início da utilização do AVV, constituindo uma base dados extensa, mas vantajosa à monitorização do acesso e demonstração do papel do enfermeiro e sua autonomia. Assim, conjuntamente com a avaliação do exame físico e esta ferramenta, é possível intervir atempadamente nas complicações dos AAV.

É uma intervenção autónoma de enfermagem, baseada num corpo científico e técnico de competências desenvolvidas que vão ao encontro das boas práticas na área de HD para garantir a identificação dos acessos problemáticos, o planeamento da vigilância e soluções adequadas e o registo de todas as incidências relacionadas com os acessos, assim como a comunicação de resultados à equipa multidisciplinar (OE, 2016).

Desta forma a monitorização sistemática do acesso vascular de cada doente, bem como a capacitação do doente para o exame físico do seu acesso, são contributos cruciais da parte da equipa de enfermagem, para a promoção da longevidade dos acessos vasculares (National Kidney Foundation, 2006).

Pelo reproduzido, o campo de estágio foi avaliado com excelente. De acordo com o modelo de aquisição de competências de Benner considero que me encontro no estágio de enfermeira perita pelo elevado nível de adaptabilidade que demonstrei e pela capacidade de gestão de situações complexas.

## **2.4- Campo 4: Sector de Ambulatório de Nefrologia na região de Setúbal e Unidade de HD hospitalar na região de Oeiras**

A organização deste campo de estágio foi gerida de acordo com o melhor aproveitamento de vivências para o meu desenvolvimento de competências dando primazia ao meu tema de relatório. Englobou dois locais de ensino clínico, o serviço de Setor Ambulatório de Nefrologia e uma unidade de HD hospitalar.

- Setor de Ambulatório de Nefrologia na região de Setúbal

Este serviço abrange uma grande diversidade de procedimentos a realizar à pessoa com doença renal, o que me permitiu a aquisição de competências e conhecimentos diferentes da minha prática profissional.

O campo de estágio permitiu-me conhecer uma dinâmica diferente pois trata-se de um setor de ambulatório. A prestação de cuidados torna-se assim mais centralizada em cada doente e existe uma visão ampla de todos os cuidados específicos que a doença renal envolve. O modelo de hospital de dia representa um modelo de cuidados que favorece a continuidade dos cuidados implementado em várias especialidades, mas pouco frequente na área de Nefrologia. Descrevi a sua caracterização em apêndice (ver Apêndice XIII).

Por minha opção, neste campo de estágio dediquei maior atenção ao TC da DRC em especial estágio 5, uma vez que é o meu tema do relatório e também porque local tem implementado um programa de gestão do TC, assim pretendi adquirir todo o conhecimento possível que esta oportunidade me proporcionou.

Nesta unidade hospitalar, em Julho de 2015, foi criada uma consulta de TC da DRC composta por uma equipa multidisciplinar (nefrologista, enfermeiro, psicólogo e assistente social e quando necessário nutricionista). Pela especificidade da doença renal, o médico responsável pela equipa é um Nefrologista com formação em CP e no que se refere à equipa de enfermagem, esta tem também simultaneamente formação em Nefrologia e CP.

No momento do meu estágio, a enfermeira responsável pela consulta esteve ausente do serviço, e a consulta efetuou-se apenas com a presença da médica que foi um elemento facilitador na aquisição de conhecimentos.

A presente consulta tem por objetivo prestar estes cuidados holísticos, por uma equipa multidisciplinar, ao doente que opte por não escolher diálise, que não reúna condições ou que não beneficie de uma TSFR. Atualmente verifiquei pouca influência do enfermeiro no plano de intervenção no decorrer da consulta.

Verifiquei que a seleção de doentes se centra em duas situações, o doente pode ser enviado à Consulta Multidisciplinar de Tratamento da DRC (assim denominada neste hospital a consulta de esclarecimento da DGS) e após esclarecimento das opções TSFR opta por TC, ou o doente sem capacidade de escolha, e que não dispõe de diretiva antecipada da vontade é sinalizado pelo Nefrologista assistente para ser acompanhado nesta consulta.

Quando o doente chega à consulta pelo último método de seleção a equipa recorre aos critérios validados fundamentado a sua atuação. São eles a “pergunta surpresa” - Ficaria surpreendido se este doente falecesse no prazo de 12 meses? é o primeiro dos critérios para rastrear situações que podem beneficiar desta consulta e os outros critérios adotados foram a Idade > 80 anos, o doente institucionalizado, albumina plasmática <3g/dl e presença de demência.

O objetivo é selecionar os doentes o mais precocemente possível, de forma a serem avaliados e acompanhados de preferência desde o estágio 4 da DRC. A equipa colabora ainda quando necessário nos doentes em diálise, sempre que se perspetiva o não benefício da diálise ou por vontade do doente.

Após a escolha do TC, a consulta está organizada de acordo com estrutura sistemática e semelhante que de uma forma geral consiste na avaliação do doente e família identificando as suas necessidades e facilitando o apoio necessário aos mesmos e pedindo articulação com outras equipas sempre que se justifique, por exemplo no apoio no luto. As famílias poderão e deverão ser ouvidas e envolvidas nesta opção e acompanhadas também neste processo.

A avaliação do doente pressupõe 3 pontos: avaliação do estado funcional do doente é feita pela Escala de Karnofski validada para DRC, avaliação de comorbilidades é feita pelo Índice de Charlson modificado e avaliação de sintomas é feita pelo sistema POS-sRenal (palliative outcome score symptoms renal), desenvolvido especificamente para a DRC.

A casuística da consulta do TC do ano 2018, apresenta 16 doentes acompanhados, com idade média 89,3 (78-97) anos, género feminino 68% e com seguimento prévio de Nefrologia de 75%.

As competências necessárias para futura enfermeira especialista foram desenvolvidas de acordo com os domínios comuns do enfermeiro especialista da OE. No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, a tomada de decisão neste processo inicia-se com uma ponderação tanto do doente/família e

das equipas de saúde, na procura da melhor opção para o tratamento da DRC estágio 5. Todos os doentes realizaram a consulta de esclarecimento da DRC.

Neste momento da consulta, é promovido ao doente o acesso à informação necessária para a tomada de decisão da melhor TSFR de acordo com o seu projeto de vida. Verifiquei que a presença de familiares e cuidadores são umas das ferramentas importantes no TC.

O doente que opte pelo TC visa preservar a função renal pelo maior tempo possível, mas significa que o doente aceita que a perda da função renal irá progredir e há uma grande possibilidade da morte, mas que em muitos casos, a escolha de diálise não levaria a uma sobrevida mais longa e com maior QV, e desta forma a literatura, sugere que os doentes devem receber informações precisas e oportunas relacionadas à sua doença (Garvey & McCarron, 2018).

Verifiquei que é um momento de grande ansiedade tanto para o doente como família, mas de respeito pela autonomia do doente de acordo com os seus valores, costumes e as crenças espirituais. Contudo observei que neste processo de opção, a escolha nem sempre é consensual entre todos os elementos para a tomada de decisão, pois várias vezes, a família/cuidador, nem sempre concorda com o doente, apesar de reconhecerem que o mais importante é o bem-estar do próprio, mas ao mesmo tempo, verbalizam ser difícil aceitar que a opção não é realizar diálise, pois é o mais espectável e o mais usual.

Perante esta ambivalência de sentimentos é necessário tempo, compreensão e capacitação de todos os elementos para a adaptação à escolha que o doente decidiu como melhor. A utilização de conferências familiares com a equipa de saúde pode ajudar os membros da família a entender todos os fatores envolvidos e avaliar os prós e os contras da diálise versus o TC.

Em caso de desacordo, a dignidade, desejos e valores do doente devem ser primordiais, respeitados e apoiados por todas as partes envolvidas (Renal Resource Centre, 2010). Contudo o doente pode mudar de ideia e as decisões de tratamento podem sempre ser revistas.

Perante o tema do TC e do cuidado holístico e centrado no doentes, à luz do pensamento de Roy mais recentemente a autora determina que a saúde e doença podem coexistir pois são a experiência total da pessoa, pelo que a saúde não é estar livre da inevitabilidade da morte, mas a capacidade de lidar de forma competente com todos os processos (Tomey & Alligood, 2004).

O domínio da melhoria contínua da qualidade foi difícil de desenvolver dado o tempo limitado de estágio. Existe um manual da qualidade onde estão estabelecidas as diretrizes gerais para todo o hospital com o intuito de uniformizar a estrutura dos processos e facilitador na prestação de normas e procedimentos associados aos cuidados de enfermagem assim como a promoção de um ambiente seguro para os doentes.

Procurando a qualidade e segurança dos cuidados em particular na área do TC, existiu uma situação com uma doente seguida nesta consulta que se encontrava institucionalizada num lar da área de abrangência hospitalar. A equipa de saúde constatou que os resultados das intervenções realizadas e necessárias de manter em continuidade na instituição, não apresentavam os resultados esperados. Realizei uma visita à instituição na tentativa de perceber as necessidades destes cuidadores acerca deste tema, mas a administração não se mostrou disponível, pelo que inviabilizou a minha intervenção.

No âmbito do domínio da gestão dos cuidados promovi um ambiente positivo e favorável à prática, reconhecendo e compreendendo os distintos papéis e funções de todos os membros da equipa. Verifiquei a necessidade da envolvimento dos vários profissionais de saúde na gestão do TC de forma a prestar cuidados adequados às necessidades do doente/família.

Durante a prática clínica, colaborei com a médica Nefrologista do TC, numa situação particular de exaustão do cuidador, sendo necessário intervenção da unidade de CP. Esta familiar referiu que se encontrava com cansaço da situação tanto físico como emocional, pois tinha a seu cargo a sua própria família e a preocupação constante com o pai, e não tinha recorrido até data de outros apoios, e não sendo capaz de dar resposta a todas as necessidades.

Esta situação permitiu-me a aquisição de conhecimentos e procurar possíveis soluções eficazes de acordo com avaliação do processo de cuidar e das necessidades que emergem acerca do TC. Assim foi proposto um período de descanso para o cuidador como previsto na lei. O doente participou nesta decisão/negociação e verifiquei que as estratégias de comunicação são de extrema importância incluindo uma conversa franca e verdadeira.

Reconheço que o método de organização de trabalho mais eficaz com o doente é o enfermeiro de referência, pois permite um conhecimento profundo do doente e família favorável para adaptação necessária ao processo de doença.

Apesar do esforço da equipa responsável na prestação de cuidados de qualidade existe limitações de recursos humanos, com necessidade de apoio na área social e psicológica, e de uma articulação eficaz com a comunidade e visitação domiciliar apresentando-se como objetivos para o futuro.

As características, diagnósticos e necessidades de cuidados destes doentes necessitam idealmente de uma rede apoio alargada e diversificada, e com esta experiência clínica notei que o SNS não dá uma resposta atempada e eficiente de acordo com as necessidades verificadas. Várias situações relatadas pelos familiares demonstram pouco apoio por parte dos meios da comunidade ou se existem, estão longe da área de convivência dos doente e famílias.

Aproveitei para desenvolver o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Reconhecendo os meus limites pessoais e profissionais nesta área, reuni da pesquisa bibliográfica a informação pertinente para a equipa e deixei nos ambientes de trabalho dos computadores da unidade para acesso fácil e rápido para a equipa de enfermagem.

Sendo neste setor onde se desenvolve a consulta de TC, a maioria dos elementos da equipa de enfermagem desconhecia a envolvimento do enfermeiro na consulta, considerando que era exclusiva médica. Assim, atuei como formador oportuno em contexto de trabalho para apresentação do projeto desenvolvido e das competências dos enfermeiros nesta área.

Demonstrei conhecimentos na área, inclusive realizei conjuntamente só com a médica responsável da consulta em causa, intervindo de forma autónoma na prestação de cuidados especializados e seguros, rentabilizando as oportunidades de aprendizagem de acordo com a minha análise pessoal pertinentes para o desenvolvimento do tema.

Esta experiência clínica permitiu-me refletir em toda a envolvimento do tema do TC, as lacunas e barreiras existentes, mas ainda assim pertinente no contexto da evolução da DRC. Variáveis como o apoio de família/cuidador, apoio da comunidade e/ou instituições, a formação das equipas de nefrologia acerca do tema, podem influenciar a gestão do TC. É necessário envolver os CP, equipas de saúde dos cuidados primários, as famílias e cuidadores, e capacitá-los para o cuidado ao doente com estas especificidades.

Dado o tema do meu relatório considere pertinente adquirir competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem na Pessoa em Situação

Crónica e Paliativa emanadas pela OE, tendo como eixo a pessoa com DRC e o seu familiar/pessoa significativa.

A minha experiência profissional centra-se há vários anos nos cuidados prestados ao doente renal, mas devido ao tema que escolhi e prevendo possíveis dificuldades nesta área realizei um curso de formação de CP - Básico Nível A lecionada pela OE (ver Anexo III) para me encontrar mais apta neste percurso.

Ao longo desta experiência clínica percebi que a formação teórica importante para além da Nefrologia é a área de CP, pelo que a meu pedido, tive oportunidade de observar e acompanhar a equipa de CP intra-hospitalar desta unidade hospitalar durante 3 dias, e foi uma experiência muito gratificante.

Assim, aproveitei o decurso deste estágio para adquirir competências específicas do enfermeiro especialista na pessoa em situação crónica e paliativa, de forma a cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares diminuindo o seu sofrimento, e maximizando o seu bem-estar, conforto e QV, promovendo a obtenção do máximo de satisfação do doente, ao nível físico, psico-emocional, espiritual e sociofamiliar.

Identifiquei os sintomas mais frequentes na pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, e de acordo com a prioridade para cada doente, utilizando para tal as escalas e ferramentas adequadas. Os sintomas apresentados em maior número foram a fraqueza/fadiga e sintomas psíquicos, seguidamente a falta de mobilidade, anorexia e a dor, e por último a dispneia e sintomas digestivos. Não se verificou o prurido.

Adquiri conhecimentos acerca da gestão terapêutica, onde se deve suspender-se fármacos como estatinas, alopurinol, antiplaquetários que não visam controlo de sintomas mas prevenção de eventos que não são esperados nestes doentes com expectativa de vida inferior à população equiparada, e os fármacos para tratamento da anemia como ferro ou estimuladores da eritropoiese ou para controlo do metabolismo fosfo-cálcico apenas devem ser usados para controlo sintomático (Farinha, Graupner, & Lourenço, 2017).

No controlo da dor, a avaliação realiza-se usando escalas analógicas de dor e caracterizando o tipo de dor para uma instituição de terapêutica adequada respeitando a escada analgésica definida pela OMS com as devidas adaptações às especificidades da DRC. Especificamente deve evitar-se os anti-inflamatórios não esteróides e quanto à escolha dos opióides também existem algumas particularidades, deve começar-se nas doses mais baixas e com maior intervalo

de tempo, avaliando regularmente a presença de efeitos secundários e necessidade de ajuste das doses (Farinha et al., 2017).

No âmbito da competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa situação crónica e paliativa pretendi estabelecer uma relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

Esta experiência permitiu-me verificar a importância da participação ativa do doente, cuidadores e seus familiares como parceiros no processo de cuidados holísticos, em consonância com os seus desejos e preferências.

Sendo o bem-estar e a QV os objetivos da intervenção do enfermeiro, é necessário identificar e defender objetivos de atuação, metas reais a alcançar, prioridades e decisão de cuidados a prestar, dentro de limites mutuamente acordados, facilitando a tomada de decisão centrada na pessoa.

Apoiei o doente, cuidadores e familiares na adaptação aos processos de doença (perdas sucessivas, resolução do luto), onde foi fundamental a comunicação honesta, a esperança realista, assim como o ajuste de expectativas. É necessário a transmissão de informação real, esclarecedora e verdadeira, onde as reuniões realizadas são de extrema importância.

De acordo com Tomey & Alligood (2004) o modelo de adaptação de Roy evoluiu procurando dar resposta também ao fim de vida da pessoa. Assim o apoio e encorajamento da adaptação ao processo de morte é uma componente fundamental de enfermagem, onde a pessoa resolve a questão do sentido da vida e aceita a realidade da morte definitiva.

Aquando da morte do doente, da intervenção da equipa constam um telefonema para apresentar condolências e averiguar a necessidade de apoio à família. Poderá ser necessário encaminhamento para assistente social (questões sociais e financeiras), o contacto com psicólogo (por luto patológico).

A disponibilidade de um contato telefónico é também muito importante de acordo com a equipa de saúde TC, para a tranquilização dos doentes e famílias, pois o facto de existir um número para pedir ajudar, tranquiliza e reduz os níveis de ansiedade e medos para lidar com alguma situação mais problemática.

Este estágio desenvolveu-se também no meu serviço profissional, uma unidade de HD que caracterizei em apêndice (ver Apêndice XIV).

- Unidade de HD hospitalar na região de Oeiras

Sendo o meu contexto de trabalho, uma unidade de HD aqui o TC toma outra vertente que é a possibilidade de suspender o tratamento, sendo uma decisão diferente do não iniciar o tratamento. Torna-se assim uma decisão difícil, com envolvimento de questões éticas e emocionais por parte de todos os intervenientes, pelo que considero ser fundamental treinar e capacitar doentes e equipas de saúde na tomada de decisão de uma opção TSFR da DRC.

Sabendo de antemão, que a opinião da equipa médica de Nefrologia até à data é muito renitente em relação ao TC da DRC, pois a equipa está treinada e centrada na intervenção direta nos processos da doença e na opção dialítica, no início de 2019, existiu uma mudança de equipa médica da unidade de HD, e desde então o tema parece surgir como uma intenção de melhoria na prestação de cuidados e a existência neste momento de uma equipa de CP intra-hospitalar pode ser facilitador neste processo.

Apesar da equipa de enfermagem sentir que é um assunto pertinente face à nossa população com DRC, não existe intervenção direta de enfermagem ocorrendo por vezes pareceres enquanto elementos de uma equipa de saúde, mas baseada na nossa intuição e sensibilidade ao assunto, pelo que deve ser objeto de melhoria.

Aproveitei este facto, para realizar várias conversas informais com equipa médica e elementos de enfermagem sobre o assunto, tornando-me um elemento facilitador de aquisição de conhecimentos e dinamizador sobre o tema. Surgiram dúvidas e interesse, que demonstra que o caminho ainda difícil de traçar seja possível na procura da melhoria de cuidados do doente com DRC estágio 5.

Este campo de estágio é rico para desenvolvimento de competências na área de Nefrologia, mas o meu maior objetivo foi desenvolver o meu tema pelo que a minha intervenção foi dirigida nesse sentido.

Assim, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal verifiquei que alguns doentes desta unidade de HD pela idade, comorbilidades e incapacidades cognitivas, não se encontram capazes de autonomamente realizar a tomada de decisão do seu processo de doença.

Desta forma, verifiquei que alguns situações de doentes que iniciaram HD é necessário aferir o processo de tomada de decisão de acordo com o projeto do doente, caso este mantenha a sua autonomia, ou no caso contrário, usar critérios fidedignos para sustentar a melhor tomada de decisão, envolvendo os intervenientes na vida do doente como família e cuidadores, para que a decisão

seja sistematizada e não de acordo com a sensibilidade e opiniões pessoais das equipas de saúde perante a situação clínica de cada doente.

Durante o estágio ouvi várias vezes que a tomada de decisão acerca da melhor opção TSFR quando o doente não tem autonomia e sem familiar responsável legal, deve ser dos familiares/cuidadores. Não concordando com estas opiniões pois eticamente e deontologicamente, as equipas de saúde devem intervir procurando o melhor para cada doente.

Verifiquei que por vezes a opinião da família prevaleceu em relação ao melhor para cada o doente, pelo que é necessário que o médico assuma a sua responsabilidade enquanto prescritor de tratamentos, incluindo o TC e ou suspender a diálise, procurando a visão holística e humanizada dos cuidados.

Quando um doente se apresenta para início de tratamento dialítico algumas considerações devem ser feitas. Talvez a principal e mais importante seja a resposta a uma pergunta que envolve aspetos médicos e éticos: a diálise aumentará o tempo e a QV do doente ou simplesmente prolongará o processo de morte? O problema não se restringe apenas ao início da diálise, mas a sua suspensão pode ser uma decisão tão difícil quanto iniciar o tratamento pelo raciocínio semelhante deve ser aplicado ao doente que já está em tratamento dialítico, cuja evolução clínica não é favorável (Castro, 2018).

No domínio da melhoria contínua da qualidade, identifiquei como oportunidade de melhoria na prestação de cuidados ao doente com DRC estágio 5, a abordagem do tema do TC demonstrando a sua pertinência à chefe de enfermagem e à minha enfermeira orientadora.

Assim, realizei uma proposta para implementação de uma consulta de TC para o serviço de Nefrologia (ver Apêndice XV) na qual apliquei instrumentos de caracterização da população possíveis de ser implementados no serviço e assim melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem. Na proposta que apresentei, baseada na experiência que observei no outro local deste campo de estágio, considero que a implementação e utilização dos vários critérios apresentados na literatura, ajudariam as equipas de saúde Nefrologia deste serviço na seleção das melhores estratégias e opções dos cuidados prestados.

Durante a minha estadia enquanto futura enfermeira especialista, promovi a consciencialização e respeito pelas necessidades individuais de cada doente, procurando alertar para a necessidade de alteração de paradigma de cuidados no serviço. Para reforçar ainda esta ideia, está previsto no final do mês de

fevereiro deste ano, um simpósio de atualização de Nefrologia, em que a comissão organizadora será esta unidade hospitalar, intitulada “Controvérsias em Nefrologia”, e de acordo com o programa previsto envolvendo a problemática do TC, desde a consulta de esclarecimento até à diálise, procurando respostas para que Portugal seja o país europeu que mais dialisa e se dialisamos demais.

Callista Roy considera o objetivo da enfermagem a promoção da adaptação da pessoa nos quatro modos de adaptação contribuindo assim para a saúde, a QV e a morte com dignidade (Coelho & Mendes, 2011), pelo que este foi a máxima o meu trabalho desenvolvido.

No domínio da gestão dos cuidados, reconheci a importância de referenciar para outros prestadores de cuidados.

Nesta unidade de HD, existe uma reunião semanal, com a equipa multidisciplinar (nutricionista, enfermeiro responsável da unidade, equipa médica, farmacêutica, assistente social e administrativo) para discussão da situação clínica dos doentes em programa regular crónico de HD. São definidas estratégias a seguir, na qual tive oportunidade de intervir oportunamente.

É uma prática subvalorizada, neste contexto de prática clínica pois acaba por ser uma reunião com um intuito de utilizar os recursos de forma eficiente para promover a qualidade dos cuidados que nem sempre é conseguido. As reuniões devem incluir todos os elementos multidisciplinares e permitir que todos os membros discutam a implementação de estratégias de cuidados assim como quaisquer obstáculos e limitações verificadas (Garvey & McCarron, 2018).

De referir, que neste momento existe uma equipa de CP intra-hospitalar, que deveria colaborar com ligação estreita com a equipa de Nefrologia, sabendo das limitações e do percurso da doença crónica, pelo que fica como sugestão.

Para o desenvolvimento do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, reconhecendo os limites dos meus recursos pessoais e profissionais acerca do TC, atuei como formador em contexto de trabalho e realizei também uma ação de formação (ver Apêndice XVI) acerca do tema favorecendo o desenvolvimento de competências dos enfermeiros.

Pelo reproduzido, o campo de estágio foi avaliado com Bom. De acordo com o modelo de aquisição de competências de Benner considero que me encontro no estágio de enfermeira proficiente.

### **3- ESTUDO SOBRE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO CONSERVADOR NA PESSOA COM DRC NO ESTÁDIO 5.**

Um problema de investigação surge do interesse e da necessidade de fornecer conhecimentos úteis á compreensão e melhoria da situação que necessita de solução, melhoramento ou modificação (Fortin, 2009).

Uma das competências do enfermeiro especialista, é a investigação na sua área de intervenção, de forma a suportar a prática clínica e adequar os cuidados de acordo com a melhor evidência. Desta forma, para atingir as competências na área de investigação e desenvolver uma prática baseada na evidência, desenvolvi uma revisão *scoping* suportada pela metodologia proposta pelo The Joanna Briggs Institute (JBI).

A revisão *scoping* fornece uma visão geral da evidência científica existente permitindo mapear os principais conceitos subjacentes a uma área de pesquisa, bem como para esclarecer definições de trabalho e/ou os limites conceituais de um tópico (The Joanna Briggs Institute, 2015).

O tema de investigação a desenvolver foi o TC da DRC no estágio 5, que surgiu como uma inquietação perante a minha realidade de prática clínica pois cada vez mais me deparo com a Pessoa com DRC, mais idosa e com maior número de comorbilidades em opção de HD, aparentemente sem maiores ganhos de saúde e QV, face aos anos de sobrevivência do tratamento.

#### **3.1- Introdução**

Portugal tem um crescimento anual de doença renal superior à média dos países da OCDE, apresentando a maior incidência e prevalência de DRC, acompanhando de um envelhecimento da população em TSFR. Em 2017, os idosos com mais de 80 anos eram 21,9% (SPN, 2018).

Deste forma, o interesse pelas técnicas não dialíticas alternativas para o último estágio da DRC também está a aumentar, admitindo-se que os doentes têm o direito de recusar iniciar diálise nomeadamente os mais idosos e/ou com várias comorbilidades (O'Connor & Kumar, 2012).

Assim, o TC ganha popularidade e pode ser um caminho alternativo aceitável para doentes que provavelmente não beneficiam da diálise (Wasylynuk

& Davison, 2017), pelo que as equipas de cuidados desta população necessitam de se concentrar no prognóstico e nas ferramentas de avaliação e na qualidade dos cuidados no TC que é subvalorizada (Pacilio et al., 2016). Perante estes achados, os doentes com DRC devem ser esclarecidos das várias opções TSFR de acordo com o seu projeto de vida aleando a melhor evidência científico.

Com a realização desta revisão scoping pretendo conhecer o TC, mapear as intervenções de enfermagem no TC na pessoa com DRC no estágio 5, e ainda contribuir para o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem.

### **3.2- Enquadramento**

A DRC é considerada um problema de saúde pública com elevada incidência e prevalência. Quando a doença atinge o estágio 5 torna-se necessário optar por uma TSFR de entre das quais, a HD, DP, TR e o TC.

Perante a constatação de uma maior incidência na opção de HD e analisando alguns resultados dececionantes na sobrevida e na QV de alguns doentes, nomeadamente os mais idosos e com maior número de comorbilidades, conduziram as equipas de saúde a vários estudos sobre o TC versus a diálise de forma a conhecer as características desta população, cujas necessidades e expectativas podem ser distintas da restante população (DGS, 2012).

Com as evidências de que a diálise pode não ser sempre benéfica ou preferida pelos doentes e paralelamente com os relatos de números crescentes de doentes tratados sem diálise (EDTNA/ERCA, 2011), existe um interesse crescente na promoção do TC.

Em Portugal, o TC é uma alternativa a ter em conta quando se aconselha os doentes e a família sobre as opções de TSFR na DRC estágio 5 já prevista. A DGS criou uma norma acerca das opções de terapêuticas da DRC, a norma número 017/2011, atualizada em 2012 - Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5, contudo desconhece-se o número de doentes que por ano opta pelo TC da DRC em estágio 5.

Esta norma, surgiu com objetivo de apresentar as várias opções TSFR da DRC incluindo TC, como opção esclarecida e a eventual suspensão de diálise, particularmente em doentes com comorbilidades diversas e graves (DGS, 2012).

Perante o envelhecimento da população portuguesa e pelo aumento de doentes dialisados com características atrás referidas, urge a necessidade de

modificar a prática de oferecer o mesmo tratamento a todos os doentes, não podendo esta ser justificada a ausência de estratégias para a opção de TC em países ditos desenvolvidos.

Torna-se assim pertinente o desenvolvimento do tema, procurando conhecer/esclarecer o conceito e sua definição, onde se aplica e como, as suas limitações e barreiras, e que temas emergem importantes para área de Enfermagem focando nomeadamente as intervenções.

### 3.3- Metodologia

Tendo em conta que se trata de uma revisão *scoping*, o objetivo da estratégia de pesquisa é encontrar todos os estudos, incluindo a literatura cinzenta (não publicada), seguindo-se à sua revisão.

Esta revisão foi suportada pela metodologia proposta pelo JBI, dando resposta à questão de investigação: Quais as intervenções de enfermagem na pessoa com alteração da eliminação renal, em TC da DRC estágio 5?

A revisão da literatura foi feita a partir de critérios subjacentes da questão de investigação. A questão de investigação incorpora os elementos da mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto): População – Pessoa com doença renal crónica; Conceito – Intervenções de enfermagem; Contexto – DRC estágio 5, demonstrado no quadro seguinte.

#### Quadro 2 – Apresentação das palavras chave da questão

Protocolo	Linguagem natural	CINAHL	MEDLINE
População (P)	CKD	(MH "Kidney Failure, Chronic") OR (MH "Renal Insufficiency, Chronic")	MH "Kidney Failure, Chronic" OR (MH "Renal Insufficiency, Chronic")
Conceito (C)	conservative management conservative treatment	MH "Palliative Care"	(MH "Conservative Treatment") (MH "Palliative Care")
Contexto (C)	stage 5	MH "Kidney Failure, Chronic" OR (MH "Renal Insufficiency, Chronic")	MH "Kidney Failure, Chronic" OR (MH "Renal Insufficiency, Chronic")

Na seleção dos estudos foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

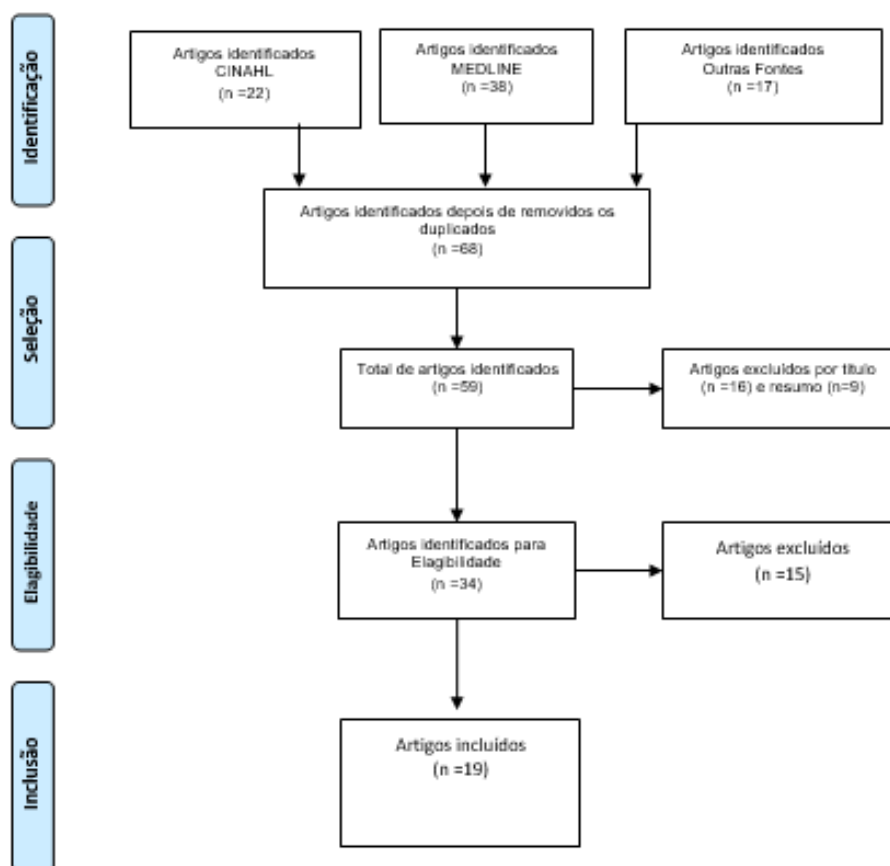
- População: todos os estudos que incluam adultos (com idade igual ou superior a 19 anos).
- Conceito: todos os estudos encontrados com referência aos cuidados de enfermagem, associados à pessoa com alteração da eliminação renal.

- Contexto: todos os estudos onde seja referenciada a DRC estágio 5, em opção de tratamento conservador (sem início de diálise).
- Tipo de fontes de informação: todos os estudos sem ter em conta o nível de evidência, fontes como Google Scholar, websites e guidelines emanadas por órgãos importantes acerca do tema.

Seguindo a metodologia proposta, cumpriram-se as três etapas da estratégia de pesquisa: a primeira etapa iniciou-se com uma pesquisa em linguagem natural, mediante palavras-chave encontradas em estudos e resumos pesquisados recorrendo a dados bibliográficos, até encontrar os termos indexados para utilizar na fase seguinte da pesquisa. Na segunda etapa, após encontradas as palavras-chave e os termos indexados procedeu-se à pesquisa nas bases de dados CINAHL e MEDLINE. Na terceira etapa foi realizado o processo de seleção dos estudos incluídos para a *revisão scoping*, pelo que elaborei o seguinte fluxograma (ver Figura 1) para fácil compreensão.

A pesquisa considerou artigos editados em inglês, espanhol e português, num limite temporal de 01/01/2012 até 28/12/2018.

**Figura 1** - Fluxograma do processo de seleção dos estudos



**Fonte:** <http://prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram.aspx>

### **3.4- Apresentação de resultados**

Todos os estudos selecionados foram lidos e analisados integralmente e os resultados apresentados através de tabelas (ver Apêndice XVII) de acordo com objetivos da questão, facilitando a identificação de temas da literatura.

Para relacionar os achados encontrados com o objetivo desta revisão *scoping*, as intervenções de enfermagem no TC da DRC estágio 5, elaborei uma tabela onde se encontra de forma resumida os achados que posteriormente serão discutidas de forma narrativa no próximo subcapítulo (ver Apêndice XVIII).

De uma forma geral, a literatura permitiu-me uma categorização das dimensões que devem ser abordadas no TC, que são a tomada de decisão, o plano antecipado de cuidados (PAC), o controlo de sintomas, a QV e as necessidades em fim de vida. Em cada umas destas categorias/domínios de enfermagem associei as intervenções de enfermagem encontradas.

### **3.5- Discussão dos resultados**

O objetivo desta revisão *scoping* foi mapear o conhecimento existente sobre as intervenções de enfermagem que permitem a ação do enfermeiro no TC da DRC estágio 5. A análise dos artigos selecionados verifiquei a existência de temas/domínios necessários à implementação e gestão do TC na DRC estágio 5 e onde é possível associar as intervenções de enfermagem necessárias à gestão e operacionalização desta opção TSFR.

A evidência científica encontrada sobre o tema consistiu numa revisão sistemática e restantes estudos são descritivos e de opiniões. Foi incluída informação como normas e guidelines provenientes de órgãos de saúde importantes. A literatura é proveniente essencialmente da Reino Unido, Canadá, Austrália e Estados Unidos da América (EUA), em minoria Espanha e Portugal.

Os resultados da pesquisa relevaram um crescente corpo de pesquisa sobre o tema. A implementação do TC aparece adequado ao contexto e à legislação pertinente de cada país mas por lacunas na evidência, barreiras e mitos, as conclusões são pouco aceites pela generalidade equipas de saúde.

Emerge assim a necessidade de esclarecimento do conceito de TC pois gera confusões, mitos e barreiras à sua implementação na prática clínica. Os termos mais utilizados nos estudos são CP, cuidados de suporte/conservador,

TC ou “conservative management” e tratamento não dialítico, todos eles mencionados para a opção não dialítica na DRC estágio 4-5. Em Portugal, o termo emanado pela DGS é o tratamento médico conservador, a meu ver redutor enquanto cuidado holístico e centrado no doente envolvendo toda uma equipa multidisciplinar. Em suma, falta uma definição e terminologia aceite por toda a comunidade de Nefrologia.

Alguns estudos publicados utilizaram a denominação de CP como TC e cuidados no fim da vida. Desta forma é pertinente perceber as diferenças entre os conceitos. Assim, CP é a abordagem realizada por uma equipa multidisciplinar que melhora a QV do doente e família, face aos problemas associados às doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (World Health Organization, 2019b). O principal objetivo dos CP é maximizar o conforto, melhorar a QV e o controlo de sintomas (Song, 2016).

O TC não deve ser confundido com CP porque o TC inclui o tratamento que visa retardar a progressão da doença renal e minimizar eventos adversos ou complicações, mas os CP são um componente importante do TC. Em suma, o TC inclui várias componentes dos CP, mas tem a intenção de promover uma opção de tratamento viável, evitando a perceção como cuidado em fim de vida.

De acordo com Song (2016) o TC é um pacote abrangente de cuidados para doentes que optaram por não realizar diálise envolvendo uma mudança nos cuidados para prolongar a vida, a QV e o controle de sintomas. Assim, são os cuidados centrados no doente percorrendo um processo da melhor escolha do caminho de cuidado que visa a não progressão do declínio da função renal e QV, através da gestão da doença, no controle dos sintomas e os cuidados até o fim da vida (Wasylynuk & Davison, 2017), (Alston & Burns, 2015).

Em Portugal, o TC consiste na aplicação de medidas terapêuticas sem recorrer à diálise com o objetivo de eliminar ou atenuar os sintomas de doença, proporcionando o maior bem-estar e o menor sofrimento possíveis (DGS, 2012).

Para além do conceito, a literatura pesquisada esclarece quem presta os cuidados no TC. São equipas multidisciplinares que podem incluir nefrologistas, enfermeiros, nutricionista, assistente social e psicólogo. Geralmente, há ligações com os CP atuando num modelo entre os cuidados renais e paliativos, criando unidades específicas e sustentadas com programas de Cuidados Paliativos

Renais (Crail, Walker, & Brown, 2013). Em alguns casos, as equipas podem realizar visitas domiciliares, enquanto em outras unidades tem ligações com os cuidados primários (Alston & Burns, 2015).

Para alguns nefrologistas o TC já existe na sua prática clínica como uma opção TSFR para doente, mas com dificuldade na gestão de todo o percurso, pela falta de conhecimento e de rotina desta área na sua prática clínica. Em Portugal, para a que opção pelo TC prossiga é necessário que seja garantido de acompanhamento clínico em consulta para vigilância (DGS, 2012), contudo a prática clínica demonstra a pouca existência dessas consultas, pelo urge a sua criação e conseqüentemente um programa de Cuidados Paliativos Renais.

Da análise da literatura selecionada surgiram temas principais que envolvem a gestão do TC os quais categorizei como domínios de intervenção do enfermeiro, que são a tomada de decisão compartilhada, o PAC, o controlo de sintomas, a QV e as necessidades em fim de vida.

A tomada de decisão compartilhada é uma área de complexa que envolve a pessoa com DRC, a família e equipa de saúde multidisciplinar. Nos achados da literatura verifica-se que o nefrologista tem maior contribuição na decisão principalmente os idosos com DRC e seus cuidadores estão dispostos a entregar a decisão ao médico (Moustakas, Bennett, Nicholson, & Tranter, 2012). Assim, as equipas de saúde devem investir em formação neste tema (Fortnum, Smolonogov, Walker, Kairaitis, & Pugh, 2015).

O desenvolvimento de uma relação de confiança contribui para este processo (Moustakas et al., 2012) onde é importante garantir que os doentes recebam informações abrangentes, oportunas e honestas. Assim, a tomada de decisão compartilhada deve suportar um programa de educação para o doente e família (Fortnum et al., 2015), onde cada um faz a escolha dos cuidados de saúde, informados pela melhor evidência disponível (Hussain & Russon, 2012).

Essas informações devem incluir o prognóstico, os benefícios e riscos de cada opção, para que o doente possa tomar uma decisão informada que melhor atenda às suas necessidades, valores e preferências individuais (Wasylynuk & Davison, 2015). Deve incluir o consentimento informado, informações acerca do doença, o tempo de sobrevivência esperado (com diálise ou sem recurso à mesma), dar ênfase à QV esperada e envolver as questões espirituais e culturais do doente e família (Crail et al., 2013).

Assim, uma decisão não é apenas influenciada pelo tipo e quantidade de informação que é fornecida, mas também pela qualidade do contexto em que a informação que é fornecida e como ela é apoiada pela equipe clínica. As intervenções educacionais devem ser ministradas de maneira acessível a todos os níveis de alfabetização dos doentes pelo que os profissionais de saúde devem estar conscientes das necessidades, estratégias e recursos a utilizar (Moustakas et al., 2012). Existe referência ao papel dos recursos educacionais utilizados pelas equipas de saúde que podem ser panfletos, livros, sites, independentemente do tipo de material educativo, eles são insuficientes sem uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o doente.

Algumas ferramentas centradas no doente foram desenvolvidas para auxílio da tomada de decisão, como exemplo “*My kidneys, my choice*” desenvolvida na Austrália que suporta o programa de educação e tomada de decisão compartilhada acerca da TSFR da DRC (Fortnum et al., 2015), outro exemplo, nos EUA, a Renal Physicians Association publicaram orientações para a prática clínica sobre tomada de decisão compartilhada acerca do início e suspensão de diálise “*Shared Decision-Making in the Appropriate Initiation of and Withdrawal from Dialysis- 2010*” (Wasylynuk & Davison, 2015).

No processo de tomada de decisão é fundamental avaliar a capacidade e autonomia do doente. Se o doente não tiver capacidade, nem uma diretiva antecipada da sua vontade válida para recusar o tratamento, a decisão é tomada pela equipa saúde, precavendo o dever deontológico pela defesa do melhor interesse de cada doente, podendo envolver a família (Hussain & Russon, 2012).

Se o doente é avaliado como competente, o processo de tomada de decisão normalmente requer várias discussões ao longo do tempo. A equipa explora e esclarece as preferências e os desejos do doente, construindo um PAC que deve ser compartilhado com todos os profissionais envolvidos no cuidado do doente (Hussain & Russon, 2012). Qualquer das decisões acerca da TSFR pode ser revertida a qualquer momento pelo que é importante que o doente deter esta informação.

Em Portugal, a DGS com a implementação da norma número 017/2012, promoveu a tomada de decisão compartilhada operacionalizada através de consulta de esclarecimento da DRC. Na prática clínica observa-se que esta consulta é mais vocacionada para uma opção dialítica e por vezes realizada

apenas com um tempo de discussão entre todos os elementos deste processo, na minha análise esta prática deve ser melhorada.

Enquanto enfermeira, garantir que os doentes e família façam parte do processo de tomada de decisão é fundamental na qualidade dos cuidados e exemplo das competências do enfermeiro especialista. Exemplo da autonomia de cada doente é a aplicação do consentimento informado aquando de uma tomada de decisão, onde requer que a pessoa seja totalmente informada sobre o diagnóstico, prognóstico e todas as opções de TSFR.

Apesar da importância do TC como uma opção TSFR na DRC, muitas equipas de saúde não estão familiarizados com esta abordagem e não dispõem de informações para aconselhar doentes e familiares (O'Connor & Kumar, 2012), pelo que é necessário formação adequada para as equipas de Nefrologia.

Considerando que o TC pode ser uma escolha razoável para doentes cujo principal objetivo é manter sua autonomia, QV evitando tempo despendido, dor e desconforto relacionados com a diálise, bem como para doentes com mau estado funcional (Rosansky et al., 2017), surge na literatura uma busca por critérios unânimes de seleção destes doentes. Alguns estudos exploraram a idade, o índice funcional e as comorbilidades como preditores de sobrevida na DRC conjuntamente com avaliação individualizada do doente, mas o desenvolvimento de um modelo criterioso para toda a comunidade Nefrológica continua a ser necessário (H. R. Noble, Agus, et al., 2015).

De acordo com Wasylynuk & Davison (2015) as ferramentas confiáveis para os enfermeiros avaliarem os doentes com DRC e elevado risco de mortalidade são a Escala de Karnofsky modificada. Outras ferramentas úteis e que se correlacionam com a opção do TC (Teruel et al., 2015) são Índice de Charlson e Escala de Barthel.

Os achados na literatura na procura desses critérios, sugerem como possível modelo para doentes com DRC com elevado risco de morte, "*The Integrated Prognostic Model*" desenvolvido por Cohen desenvolvido em 2010. Este modelo integra cinco variáveis associadas à mortalidade - idade, albumina sérica, história de demência e doença vascular periférica, e a pergunta surpresa "Você ficaria surpreso se esse doente morresse nos próximos 12 meses?". Independentemente desta ferramenta prognóstica, a questão surpresa é uma ferramenta clínica simples e útil que pode ser usada por nefrologistas e enfermeiros para avaliar doentes com maior risco (Wasylynuk & Davison, 2015).

Crail et al. (2013) sugerem ainda outro preditor a acrescentar às recomendações anteriores, se o doente está institucionalizado em lar. Embora não sejam ferramentas perfeitas, podem ajudar as equipas de saúde no processo de decisão que podem ser difíceis perante as trajetórias da DRC.

Os resultados em termos de sobrevivência de doentes em TC com características dos critérios atrás descritos, são unânimes estes apresentam maiores taxas de mortalidade (Teruel et al., 2015) comparados com os doentes em diálise. Contudo, num estudo com doentes idosos ( $\geq 70$  anos) com DRC estágio 5 mostra que essa vantagem foi perdida em doentes mais velhos ( $\geq 80$  anos) (Echevers et al., 2016). O tempo de sobrevivência de doentes em TC varia de 6,3 meses a 23,4 meses (O'Connor & Kumar, 2012) (Crail et al., 2013).

A preparação para a escolha da TSFR de acordo com a situação de cada doente também envolve o planeamento de cuidados, denominado o PAC. De acordo com Crail et al. (2013), o PAC é um processo de cuidados centrado no doente, o qual deve ser competente para tomar decisões sobre a sua saúde. Envolve processos de discussão, reflexão, compreensão e comunicação contínuas entre o doente, a família e a equipe de saúde (H. R. Noble, Joan, Joanne, Damian, & Alexander, 2015) para identificar os desejos, preferências, valores e objetivos relevantes para os cuidados de saúde de cada doente (ANNA, 2015).

No caso da DRC é importante introduzir o PAC no início da doença (Wasylynyuk & Davison, 2015) permitindo que o doente especifique as suas preferências para o cuidado ao longo do percurso da doença e tenham algum controle perante as perdas contínuas do trajeto da doença e na sua adaptação.

A literatura consultada demonstrou que o PAC normalmente não está integrado na rotina dos cuidados e os alguns doentes sentem necessidade de abordar este assunto. Assim, deve introduzir-se o PAC a todos os doentes, providenciar educação e informação clara sobre o processo, que não é estático pois devem existir conversas regulares sobre o tema de forma a dar resposta a possíveis alterações de decisões dos doentes (ANNA, 2015).

De acordo com ANNA (2015), o enfermeiro é o elemento facilitador no diálogo com o doente sobre as decisões a tomar pelas fortes relações desenvolvidas, mas a literatura faz referência a fracos resultados nesta área associada à DRC, sugerindo a necessidade formação e treino principalmente na área da comunicação (Wasylynyuk & Davison, 2015). A escuta ativa é

fundamental nas equipas que desenvolvem o processo PAC (H. R. Noble, Joan, et al., 2015).

Assim as intervenções do enfermeiro no PAC são: 1 - discussões sobre as várias opções de tratamento, o prognóstico, reflexões sobre os valores e crenças dos doentes, e objetivos de vida e QV de acordo com os tratamentos; 2 – preparação do ambiente para facilitar o diálogo, para isso promover a privacidade, assegurar o conforto do doente (adequar o tempo do dialogo, adequar o espaço para todos os intervenientes e posicionamento dos mesmos), promover relação terapêutica, com carinho respeito, sensibilidade, escuta ativa e empatia e por último assegurar que a informação foi compreendida pelo doente e família (ANNA, 2015).

As equipas de saúde devem conhecer os documentos úteis na gestão do PAC de acordo com a legislação de cada país (ANNA, 2015), tais como as diretivas antecipadas de vontade e testamento vital.

Neste processo de decisões e planificação de cuidados deve envolver-se uma equipa multidisciplinar, considerando todas as necessidades do doente e família. Assim, na evidência científica sobressalta a envolvimento dos CP de forma a ajudar os doentes a tomarem decisões relacionadas com o tratamento, PAC e controlo de sintomas (Hussain & Russon, 2012).

Os vários estudos destacam que o doente com DRC estágio 5 pode apresentar uma carga elevada de sintomas semelhante a doentes com cancro, com necessidade de procura das equipas de CP para a sua gestão do controlo sintomático em quase metade dos doentes (H. R. Noble, Joan, et al., 2015). Os doentes relatam uma ampla gama de sintomas que podem ser classificadas em sintomas físicos, psicológicos e espirituais (Pugh-Clarke, Read, & Sim, 2017) com um impacto negativo na sua QV (Wasylynuk & Davison, 2015).

As equipas de saúde devem informar os doentes que consideram o TC como opção de TSFR dos vários sintomas possíveis e que a gestão dos mesmos será uma parte integrante dos seus cuidados (O'Connor & Kumar, 2012).

A literatura consultada chama atenção que por rotina os doentes não descrevem os sintomas à equipa de saúde enfatizando assim a necessidade da sua avaliação na prestação de cuidados (Pugh-Clarke et al., 2017). Algumas ferramentas são sugeridas pela literatura como é o caso POS-sRenal num estudo de Crail et al. (2013) e a escala de Edmonton Symptom Assessment System – Revised: Renal (ESAS-r: Renal), que pode ser usada pelos

enfermeiros (Wasylynuk & Davison, 2015) e integradas nas práticas clínicas. De acordo com Hussain & Russon (2012) o controlo da dor não é bem gerido, recomendado a escada analgésica da OMS modificada para esta população.

Foi possível com esta revisão scoping identificar os sintomas mais comuns apresentados pela população com DRC assim como algumas estratégias de controlo, tais como a anemia (gerido com a administração de ferro e eritropoietina), o edema (controlado com administração de diuréticos, regime alimentar com restrição de sal, bem como estabelecer e manter um peso ideal para o doente), a hipercaliémia e a acidose metabólica (controlado com regime alimentar com baixo teor de potássio, ajuste de medicação bicarbonato de sódio PO) e outros sintomas como prurido (hidratação da pele e regime alimentar com restrição de fósforo), anorexia, fadiga (Alston & Burns, 2015), náusea (prescrição um antiemético apropriado (Hussain & Russon, 2012).

A pesquisa realizada, não descreve achados acerca dos sintomas psicológicos e intervenções associadas, assim resultados muito limitados no campo espiritual. O estudo de Wasylynuk & Davison (2015), sugere que perante o sofrimento espiritual a enfermeira inicie a comunicação com uma pergunta simples como "Há algumas preocupações espirituais que você gostaria de abordar ou discutir com um membro da equipe de saúde?" fornecendo uma abertura para uma discussão mais aprofundada e desencadear uma avaliação espiritual mais aprofundada, se necessário.

Em suma, os sintomas em doentes com DRC são tipicamente subconhecidos e subtratados, e para muitos doentes a prioridade dos cuidados é reduzir a carga de sintomas e melhorar a QV.

Desta forma, emerge a percepção de que a QV é um dos fatores que os doentes consideram mais importante na decisão de uma opção TSFR na DRC, mas a evidência atual é muito limitada para orientar estes doentes, famílias e profissionais de saúde (Song, 2016), (Moustakas et al., 2012). Em geral, os doentes com DRC apresentam pior QV do que uma população geral da mesma idade (Crail et al., 2013), (DGS, 2012).

Embora os estudos descrevam a QV como sendo um fator importante para a tomada decisão, principalmente no TC, nenhum dos estudos incluiu uma definição de QV. Dada a natureza subjetiva da QV e as complexas características únicas de cada doente com DRC, somente o próprio pode definir

a sua própria QV. Assim, o profissional de saúde não deve tecer uma opinião sobre a QV do doente e o que é importante para ele (Moustakas et al., 2012).

Pela subjetiva associado à QV, Crail et al. (2013) defendem a utilização de ferramentas validadas para avaliar a QV para melhorar os resultados da prática clínica, sugerindo o questionário SF-36 QOL é uma ferramenta adequada que pode ser usado em doentes em diálise e não dialisados.

As dimensões associadas à QV são: as funções fisiológicas, limitações físicas, a dor, vitalidade, saúde em geral, emoções, atividade social e saúde mental. Essas dimensões referidas são influenciadas por uma infinidade de fatores como os fatores ambientais e sociais, situação financeira, experiências vivenciadas, valores pessoais e fatores psicológicos (Crail et al., 2013).

Atualmente, pelo interesse crescente na abordagem tratamento do TC na DRC na perspectiva de oferecer a melhor QV é necessária formação na área das equipas de saúde (Echevers et al., 2016).

Inevitavelmente falar em TC na DRC em estágio 5 inclui falar em final de vida e os seus cuidados, e os principais elementos são a aplicação do PAC, a intervenção dos CP e controle dos sintomas no final da vida (Brown, 2012).

Para Hussain & Russon (2012) reconhecer a fase terminal da doença é crucial, pois permite que o doente, a família e a equipe de saúde preparem e reconheçam que o foco dos cuidados mudou para o alívio dos sintomas, evitar o prolongamento inadequado da morte e fornecer apoio psicossocial e espiritual.

Os componentes essenciais dos cuidados no final da vida incluem saber diagnosticar a morte; determinar o local desejado para o doente morrer; avaliação das necessidades e sintomas do doente assim como avaliação das necessidades da família; e cuidados pós-morte (Crail et al., 2013).

Num estudo para avaliar os cuidados no fim da vida a doentes internados com DRC e seus cuidadores, identificou esta população como vulnerável e com pouca preparação no final da vida pelo que identificam as necessidades de fim de vida, como uma área a melhorar (H. R. Noble, Joan, et al., 2015). Alguns nefrologistas sentem-se desconfortáveis em iniciar discussões sobre cuidados no fim da vida e na avaliação holística das necessidades do doente e do cuidador que é uma recomendação nas estratégias de fim de vida (H. R. Noble, Joan, et al., 2015).

Assim, recomenda-se que as equipas TC trabalhem com equipas de CP na procura cuidados de qualidade a oferecer ao doente. Idealmente deve

começar quando o doente sabe do diagnóstico (ANNA, 2015) de forma a enfatizar a sua intervenção no curso da doença de forma a apoiar o doente e família durante toda a trajetória de doença (Wasylynuk & Davison, 2015).

A maioria dos doentes com DRC apresentam uma trajetória clínica caracterizada pelo declínio na função física, aumento dos sintomas físicos e psicossociais e uma maior necessidade de CP. Assim, os CP trabalhando em conjunto com a Nefrologia, podem desenvolver programas de educação e gestão da doença de forma holística (Hussain & Russon, 2012).

Com a crescente consciencialização da necessidade de integrar CP conjuntamente com os cuidados renais, a KDIGO desenvolveu um roteiro para orientar as atividades clínicas, os cuidados paliativos renais como meio de melhorar os resultados de pessoas que vivem com DRC terminal (Wasylynuk & Davison, 2015). Estão descritos benefícios com estes programas também para o cuidadores e familiares, pois vivenciam melhor o luto e o peso da responsabilidade da tomada de decisão é menor quando o indivíduo ou a família se sentir bem informado dos desejos do doente (Crail et al., 2013).

Assim, esta abordagem paliativa para doentes com DRC inclui gerir todos as dimensões da doença a nível físico, emocional e espiritual do doente e da família. Crail et al. (2013) reforçam a necessidade dos profissionais de saúde que cuidam destes doentes adquirirem habilidades nestas áreas. Pela escassez de profissionais de saúde em CP, o futuro passa pela Nefrologia, para adquirir conhecimentos básicos de abordagem paliativa de forma a dar respostas às necessidades da população (Crail et al., 2013).

O apoio à família/cuidadores na fase do luto é a última componente dos CP. Geralmente é facilitada com o apoio de assistentes sociais/ou assistentes espirituais conforme as crenças do doentes e famílias. Pode incluir atividades como envio de cartões de solidariedade ou cartas à família, telefonemas para a família e comparecimento ao funeral (Wasylynuk & Davison, 2015). Neste fase a literatura chama atenção para a importância da cultura dos doentes de diversas origens, devendo ser compreendidas pelas equipas de saúde (Crail et al., 2013).

É fundamental no envolvimento dos cuidados do TC que as equipas de saúde estejam conscientes dos problemas éticos no fim de vida conjuntamente com os princípios éticos e deontológicos da profissão e legislação de cada país acerca da doença avançada e em fim de vida. De uma forma geral, o doente tem

direito a não receber cuidados fúteis e deve ser informado de todos os procedimentos associados ao seu processo de doença (ANNA, 2015).

Pensando na globalidade da gestão do TC e da experiência dos modelos já implementados, autores realçam o envolvimento dos cuidados primários e que este deve ser explorado (H. R. Noble, Agus, et al., 2015) de forma a garantir que doentes e famílias se sintam apoiados durante a doença (Crail et al., 2013). Desta forma são necessários esforços educacionais direcionados a doentes, cuidados primários e comunidade renal para aumentar a consciencialização sobre o TC como uma alternativa aceitável (O'Connor & Kumar, 2012).

Na área de Enfermagem, o maior contributo do conhecimento vem da intervenção do enfermeiro de CP. O modelo recente da EDTNA/ERCA espelha a intervenção do enfermeiro de Nefrologia ao longo dos vários estádios da doença renal, onde apresenta o perfil do enfermeiro no TC e dos CP.

Assim, no perfil do enfermeiro de TC é imperativo que os enfermeiros que trabalham nesse domínio tenham competências na área de tomada de decisão. Em colaboração com a equipe multidisciplinar, os enfermeiros em nefrologia podem desenvolver planos de cuidados abrangentes com foco no gestão de sintomas e na melhoria da qualidade de vida e outras habilidades avançadas que podem incluir controlo de sintomas, controle da dor, aconselhamento e apoio psicológico (EDTNA/ERCA, 2018).

No âmbito do perfil de CP, os enfermeiros de Nefrologia precisam de competências para gestão da dor, medidas de conforto e assegurar os desejos de cada doente. É importante a capacidade de comunicação e inteligência emocional para cuidar de doentes e familiares perante a morte e durante o luto (EDTNA/ERCA, 2018).

Urge que os enfermeiros, perante o conhecimento que existe acerca desta opção, definam orientações para alcançar a excelência dos cuidados prestados, por exemplo apresentando as competências do enfermeiro na opção do TC, conforme existe para a HD, DP e TX, emanado pela EDTNA/ERCA em 2007.

Outros órgãos importantes em Enfermagem nos EUA, a ANNA produziu o núcleo do currículo para a enfermagem de Nefrologia, onde apresenta orientações específicas para o PAC, CP e cuidados no fim de vida que foram incorporados conjuntamente com os restantes achados desta pesquisa, mas são adaptados uma realidade de sistema de saúde diferente do contexto português.

### 3.6- Conclusões

O estudo permitiu mapear a literatura existente acerca do TC fornecendo uma informação ampla da evidência do tema. Apesar da maior parte dos estudos permitiu definição de conceitos e limitações do TC, apresentação de possíveis critérios para seleção da população mais beneficiadora do TC e envolvimento dos CP, foi possível mapear as intervenções de enfermagem na pessoa com alteração da eliminação renal no TC da DRC no estágio 5.

Com a realização desta revisão, pode afirma-se que a diálise não deve ser presumida como a TFRS de escolha para todos os doentes com DRC estágio 5, devendo as equipas de saúde sugerir o TC como um cuidado alternativo caso seja a vontade do próprio doente ou em casos selecionados com elevada morbilidade, mau estado funcional, várias comorbilidades e mais idosos.

São necessárias equipas dinâmicas e multidisciplinares na gestão do TC e estas devem conhecer e utilizar as ferramentas disponíveis para auxiliar a tomada de decisão de forma a proporcionar a melhor opção de TFRS, centralizada no doente e nos seus desejos capazes de dar resposta à necessidade do apoio e educação contínuas para doente/família durante o percurso da DRC e sua adaptação, envolvendo neste caso em particular os CP.

Em Portugal, a adoção de um programa de cuidados paliativos renais à semelhança de outros países, pode ser um modelo a seguir na implementação do TC com melhorias dos cuidados ao doente e família com DRC.

Apono como principais limitações desta revisão o volume elevado de artigos encontrados acerca do TC, pois a informação associada nos motores de busca está dispersa e ampla.

#### **4- CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente relatório de estágio descreveu o meu percurso de desenvolvimento e aquisição de competências como enfermeira especialista, que seguiu o modelo Benner e dependendo da situação vivida tive necessidade de percorrer vários estádios de desenvolvimento pessoal e profissional.

Senti alguma insegurança principalmente na minha área de interesse, o TC, porém foram superadas e adquiri as competências a que me propus.

Desenvolvi algumas estratégias que facilitaram o meu desenvolvimento, tais como: recolha, leitura e análise dos protocolos do serviço; pesquisa de informação em livros e revistas científicas de temas pertinentes e relacionados com a minha prática profissional assim como o esclarecimento de dúvidas junto das equipas de cuidados com as quais tive oportunidade de contactar e em principal, com as enfermeiras orientadoras de cada campo de estágio.

A temática que optei para desenvolvimento do conhecimento, abraçou os meus valores e interesses pessoais (gosto e motivação), o percurso e utilidade profissional, e uma contribuição para uma melhoria da qualidade e adaptação dos cuidados de enfermagem perante cada doente. Apesar de programas de gestão do TC serem apresentados como uma opção fiável e adequada a alguns doentes com DRC, em Portugal assistimos de forma generalizada a sua negação, esquecendo os possíveis benefícios desta abordagem.

A DRC é uma doença que limita a vida do doente e família com um grande impacto na QV para o doente e família, pelo que considero que a intervenção do enfermeiro é ajudar o doente na adaptação à sua doença, pelo que o modelo de Roy, é o mais adequado à prestação de cuidados de enfermagem.

Enquanto futura enfermeira especialista e parte integrante de uma equipa multidisciplinar de prestação de cuidados, serão as competências que adquiri e desenvolvi neste percurso, que me vão permitir intervir de uma forma dinâmica nas necessidades desta população específica com DRC estágio 5.

No futuro espero desenvolver e promover um papel de relevância enquanto enfermeira especialista da área de Nefrologia, na implementação do TC como opção adequada à pessoa com alteração da eliminação renal.

## 5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alston, H., & Burns, A. (2015). Conservative care of the patient with end-stage renal disease. *Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London*, 15(6), 567–570. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.15-6-567>
- ANNA. (2015). Core Curriculum for Nephrology Nursing. In Caroline S. Counts (Ed.), *Physiologic and Psychosocial Basis for Nephrology Nursing Practice* (Sixth, pp. 242–253). New Jersey: ANNA.
- ANNA. (2017). *Contemporary Nephrology Nursing*. (Sandra M. Bodin Editor, Ed.) (3rd Editio).
- Aparecida, F. F., Souza, W. C. de, Coelho, N. M. D., & Coêlho, J. de C. A. (2018). DOENÇAS RENAIAS : A Enfermagem na Terapia de Substituição Renal, 15, 277–289.
- Bello, A. K., Perry, I. J., Bochud, M., Ferraro, P. M., Holmen, J., Lupo, A., ... Navis, G. (2015). CKD Prevalence Varies across the European General Population. *Journal of the American Society of Nephrology*, 27(7), 2135–2147. <https://doi.org/10.1681/asn.2015050542>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. (C. Q. Editora., Ed.). Coimbra.
- Brown, E. A. (2012). Quality of life at end of life. *Journal of Renal Care*, 38(SUPPL. 1), 138–144. <https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2012.00271.x>
- Castro, M. C. M. (2018). Reflections on end-of-life dialysis. *Brazilian Journal of Nephrology*, 40(3), 233–241. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-3833>
- Conselho de Enfermagem. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.).
- Crail, S., Walker, R., & Brown, M. (2013). Renal supportive and palliative care: position statement. *Nephrology*, 18(6), 393–400.
- Davison, S. N., Levin, A., Moss, A. H., Jha, V., Brown, E. A., Brennan, F., ... Obrador, G. T. (2015). Executive summary of the KDIGO Controversies Conference on Supportive Care in Chronic Kidney Disease: Developing a roadmap to improving quality care. *Kidney International*, 88(3), 447–459. <https://doi.org/10.1038/ki.2015.110>
- DGS. (2012). Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5. *Norma Da Direção-Geral Da Saúde n.º 017/2011 de 28/09/2011*

- (Atualizado a 14/06/2012), 1–35.
- Diário da República. (2016). Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados. Despacho n.º 3618-A/2016. Diário da República. 2ª série - N.º 49 - 10 de março de 2016., 2–3.
- Echevers, Y. M., Gaibor, N. G. T., Pérez, N. N., Martin, F. B., Delgado, R. M., & Riscos, M. Á. G. (2016). Supervivencia de pacientes de edad avanzada ( $\geq 70$  años) con enfermedad crónica estadios 4-5: diálisis vs tratamiento conservador. *Nefrología*, 36(3), 283–291. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2015.11.006>
- EDTNA/ERCA. (2000). Nephrology Nurse Profile.
- EDTNA/ERCA. (2011). *Conservative Management in Advanced Kidney Disease - A guide to clinical practice*.
- EDTNA/ERCA. (2015). *Acesso Vascular: Canulação e Cuidado. Manual de boas práticas de enfermagem para a fístula arteriovenosa*. (M. T. Parisotto & J. Pancirova, Eds.) (2ª ed). Suiça. Retrieved from [https://www.edtnaerca.org/resource/edtna/files/Vascular\\_Access\\_book\\_pt.pdf](https://www.edtnaerca.org/resource/edtna/files/Vascular_Access_book_pt.pdf)
- EDTNA/ERCA. (2018). *THE PROFILE OF NEPHROLOGY NURSING The Fundamental Roles of Nephrology Nurses caring for Individuals with Kidney*.
- Farinha, A., Graupner, N., & Lourenço, A. (2017, July). Cuidados Paliativos em Nefrologia. *Cuidados Paliativos*, 4(1), 30–38. Retrieved from [http://www.apcp.com.pt/uploads/Revista\\_Cuidados\\_Paliativos\\_V4\\_N1\\_web.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Revista_Cuidados_Paliativos_V4_N1_web.pdf)
- Ferreira, M. de A., Silva, F. V. C. e, Tavares, J. M. A. B., Valadares, G. V., & Lisboa, M. T. L. (2016). Diálise peritoneal: cuidado familiar ao cliente renal crônico em tratamento no domicílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 1172–1178. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0262>
- Figueiredo, A. E., Bernardini, J., Bowes, E., Hiramatsu, M., Price, V., Su, C., ... Brunier, G. (2016). Ispd Guidelines / Recommendations, 37(September 2016), 141–154. <https://doi.org/10.3747/pdi.2016.00078>
- Flórez, A. I. A., Fano, B. L., Rojo, A. C. A., & Velasco, M. P. (2017). Análisis del impacto de los valores personales en la elección del Tratamiento Sustitutivo Renal. *Enfermería Nefrológica*, 20(3), 209–214. <https://doi.org/10.4321/S2254-28842017000300002>
- Fortnum, D., Smolonogov, T., Walker, R., Kairaitis, L., & Pugh, D. (2015). 'My

- Kidneys, My Choice, Decision Aid': Supporting Shared Decision Making. *Journal of Renal Care*, 41(2), 81–87. <https://doi.org/10.1111/jorc.12100>
- Fresenius. (2005). *BTM – Blood Temperature Monitor*. (F. M. Care, Ed.). Germany .
- Garvey, T., & McCarron, N. (2018). A nursing perspective of caring for patients with end-stage renal disease in hospitals. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 29(4), 755. <https://doi.org/10.4103/1319-2442.239644>
- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional*. (P. Alegre, Ed.) (4ª edição). Artemed.
- Hobbs, F. D. R., Hill, N. R., Hirst, J. A., Oke, J. L., O'Callaghan, C. A., Fatoba, S. T., & Lasserson, D. S. (2016). Global Prevalence of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos One*, 11(7), e0158765. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158765>
- Hurst, H. (2016). A new peritoneal dialysis training guideline from the ISPD nursing committee. *Peritoneal Dialysis International*, 36(6), 585–586. <https://doi.org/10.3747/pdi.2016.00191>
- Hussain, J. A., & Russon, L. (2012). Supportive and palliative care for people with end-stage renal disease. *British Journal of Hospital Medicine*, 73(11), 640–644. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23147363>
- KDIGO. (2012). Guidelines for evaluation and management of chronic kidney disease in adults. *Official Journal Of the InternatiOnal SOciety Of Nephrology KDIGO*, 3(1). <https://doi.org/10.1038/kisup.2012.76>
- Kusumota, L., Zanetti, M. L., Damasceno, M. M. C., Santos, M. A. dos, Rodrigues, F. F. L., & Abud, A. C. F. (2015). Peritonite e infecção de orifício de saída do cateter em pacientes em diálise peritoneal no domicílio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(5), 902–909. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0413.2630>
- Mattila, E., Pitkanen, A., Alanen, S., Leino, K., Luojus, K., Rantanen, A., & Aalto, P. (2014). The Effects of the Primary Nursing Care Model: A Systematic Review. *Journal of Nursing & Care*, 03(06). <https://doi.org/10.4172/2167-1168.1000205>
- Moustakas, J., Bennett, P., Nicholson, J., & Tranter, S. (2012). The needs of older people with advanced chronic kidney disease choosing supportive care: a review. *Renal Society of Australasia Journal*, 8(2), 70–75. Retrieved from <http://eds.b.ebscohost.com.ezp.welch.jhmi.edu/ehost/pdfviewer/pdfviewer?>

- vid=4&sid=d8a244f4-8d62-4843-ad3a-f3b8efe30102%40pdc-v-sessmgr01
- National Kidney Foundation. (2006). KDOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations for 2006 Updates: Hemodialysis Adequacy, Peritoneal Dialysis Adequacy, Vascular Access. *American Journal of Kidney Diseases*, 48, 1–322. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2006.04.040>
- NKF/KDOQI. (2002). *CLINICAL PRACTICE GUIDELINES For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification*. (National Kidney Foundation K/DOQI, Ed.), *American Journal of Kidney Diseases* (Vol. 40). New York: National Kidney Foundation, Inc. [https://doi.org/10.1016/S0272-6386\(02\)70054-1](https://doi.org/10.1016/S0272-6386(02)70054-1)
- Noble, H. R., Agus, A., Brazil, K., Burns, A., Goodfellow, N. A., Guiney, M., ... Yaqoob, M. M. (2015). Palliative Care in chronic Kidney disease: the PACKS study—quality of life, decision making, costs and impact on carers in people managed without dialysis. *BMC Nephrology*, 16(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12882-015-0084-7>
- Noble, H. R., Joan, B., Joanne, S., Damian, F., & Alexander, M. (2015). An Appraisal of End-of-Life Care in Persons With Chronic Kidney Disease Dying in Hospital Wards. *Journal of Renal Care*, 41(1), 43–52.
- O'Connor, N. R., & Kumar, P. (2012). Conservative Management of End-Stage Renal Disease without Dialysis: A Systematic Review. *Journal of Palliative Medicine*, 15(2), 228–235. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0207>
- OE. (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro - REPE - Decreto -Lei nº 161/96. *Diário Da República — I Série-a (21-4-1998)*, 1739–1757. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/175784>
- OE. (2010). Regulamento n.º 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros e que regulamenta as competências comuns do Enfermeiro Especialista, 8648–8653.
- Ordem dos enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 76/2018 Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão Preâmbulo. *Diário Da República, 2.ª Série — N.º 21 — 30 de Janeiro de 2018*, 42200–42209.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Tomada De Posição Sobre Segurança Do Cliente. Conselho Jurisdicional*. Retrieved from [http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE\\_29\\_Maio\\_2008.pdf#page=59](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_29_Maio_2008.pdf#page=59)

- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Cuidados à Pessoa com Doença Renal Crónica terminal em Hemodiálise. Guia Orientador de Boa Prática* (Vol. 1). Retrieved from <https://pelorim.pt/wp-content/uploads/2017/11/Cuidados-à-pessoa-com-DRC-terminal-em-hemodiálise.pdf>
- Ordem dos Médicos. (2017). *Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica da Ordem dos Médicos Edição de 2017*.
- Pacilio, M., Minutolo, R., Garofalo, C., Liberti, M. E., Conte, G., & De Nicola, L. (2016). Stage 5-CKD under nephrology care: to dialyze or not to dialyze, that is the question. *Journal of Nephrology*, 29(2), 153–161. <https://doi.org/10.1007/s40620-015-0243-8>
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 34(3), 259–275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Polaschek, N. (2003). The experience of living on dialysis: a literature review. *Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 30(3), 303–309, 313. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12861898>
- Pugh-Clarke, K., Read, S. C., & Sim, J. (2017). Symptom experience in non-dialysis-dependent chronic kidney disease: A qualitative descriptive study. *Journal of Renal Care*, 43(4), 197–208. <https://doi.org/10.1111/jorc.12208>
- Ramos, E. C. C., Santos, I. da S. dos, Zanini, R. de V., & Ramos, J. M. G. (2015). Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em diálise peritoneal e hemodiálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 37(3), 297–305. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20150049>
- Renal Resource Centre. (2010). *An Introduction to Supportive Care of Advanced Kidney Disease. Health Northern Sydney Local Health District*.
- Rimsevicius, L., Sukackiene, D., Tamulyte, G., Kirkilaite, G., & Marius, M. (2017). Psoriasis in a Patient on Peritoneal Dialysis, 39(4), 70–74.
- Ronco, C., Crepaldi, C., & Cruz, D. N. (2009). *Peritoneal dialysis: from basic concepts to clinical excellence*. Karger Medical and Scientific Publishers.
- Rosansky, S. J., Schell, J., Shega, J., Scherer, J., Jacobs, L., Couchoud, C., ... McNabney, M. (2017). Treatment decisions for older adults with advanced chronic kidney disease. *BMC Nephrology*, 18(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12882-017-0617-3>

- Schaepe, C., & Bergjan, M. (2015). Educational interventions in peritoneal dialysis: A narrative review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 52(4), 882–898. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.12.009>
- Silva, R. A. R. da, Bezerra, M. X., Souza Neto, V. L. de, Mendonça, A. E. O. de, & Salvetti, M. de G. (2016). Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes em diálise peritoneal TT - Nursing diagnoses, patient outcomes, and nursing interventions for patients undergoing peritoneal dialysis. *Acta Paul. Enferm*, 29(5), 486–493. Retrieved from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002016000500486](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000500486)
- Song, M. K. (2016). Quality of Life of Patients with Advanced Chronic Kidney Disease Receiving Conservative Care without Dialysis. *Seminars in Dialysis*, 29(2), 165–169. <https://doi.org/10.1111/sdi.12472>
- SPN. (2018). Gabinete do Registo da Doença Renal Crónica da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, 1–118. Retrieved from [http://www.spnefro.pt/tratamento\\_da\\_doenca\\_renal\\_terminal/2018/tratamento\\_da\\_irct/305](http://www.spnefro.pt/tratamento_da_doenca_renal_terminal/2018/tratamento_da_irct/305)
- Stengel, B., Levey, A. S., Gansevoort, R. T., Feldman, H. I., Wiecek, A., Harris, D. C., ... Hu, J.-R. (2017). Action plan for determining and monitoring the prevalence of chronic kidney disease. *Kidney International Supplements*, 7(2), 63–70. <https://doi.org/10.1016/j.kisu.2017.07.002>
- Teruel, J. L., Vion, V. B., Couto, A. G., Gorrín, M. R., Fernández-Lucas, M., Mendiola, N. R., & Quereda, C. (2015). Choosing conservative therapy in chronic kidney disease [Elección de tratamiento conservador en la enfermedad renal crónica]. *Nefrología*, 35(3), 273–279. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2015.05.005>
- The Joanna Briggs Institute. (2015). Methodology for JBI Scoping Reviews. Reviewers' Manual. *The Joanna Briggs Institute*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Thomas, N., Corinne, J., & Cunha, J. M. (2005). *Enfermagem em Nefrologia* (segunda ed).
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de enfermagem*. (Lusociência, Ed.) (5ª ed). Loures.
- Wasylynyuk, B. A., & Davison, S. N. (2015). Palliative care in patients with advanced chronic kidney disease\_Read. *CANNT Journal Canadian*

*Association of Nephrology Nurses and Technologists*, 25(3), 28–32 5p.  
Retrieved from [http://0-search.ebscohost.com.brum.beds.ac.uk/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=110258349&site=ehost-live&scope=site](http://0-search.ebscohost.com/brum.beds.ac.uk/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=110258349&site=ehost-live&scope=site)

Wasylynuk, B. A., & Davison, S. N. (2017). Conservative kidney management: An alternative care pathway for patients unlikely to benefit from dialysis. *CANNT Journal*, 27(2), 35–41. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=123661266&site=ehost-live>

World Health Organization. (2019a). The mandate for health literacy. Retrieved March 6, 2019, from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/health?literacy/en/%0Ahttp://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/health-literacy/en/>

World Health Organization. (2019b). WHO Definition of Palliative Care.



**APÊNDICES**

Apêndice I:  
Caraterização da unidade de DP do hospital da região da Amadora

## **Caraterização da unidade de DP do hospital da região da Amadora**

A unidade de DP referida pertence ao serviço de especialidades médicas de um hospital da área da Amadora. Este hospital serve uma população de cerca de 600 mil habitantes na sua área de influência, prestando apoio assistencial específico na área Nefrológica e é acreditada por Caspe Healthcare Knowledge System (CHKS).

Está situada na zona de consultas externas, utilizando o gabinete 1 (espaço físico do gabinete utilizado por médica e enfermeira). Funciona com um enfermeiro e um médico (exclusivo da unidade de DP) e conjuntamente com uma assistente operacional e duas administrativas que dão apoio a todas as consultas externas do hospital. Praticam um horário de segunda a sexta feira das 8h-16h, após contactáveis através do telemóvel.

A unidade presta cuidados ao doente em DP e realiza também a consulta de esclarecimento do tratamento da DRC. A consulta de esclarecimento da DRC é realizada num gabinete de consulta externa situado em frente à unidade de DP à terça-feira de forma individual com cada doente, e à sexta-feira a enfermeira da Unidade de DP e outra médica de Nefrologia, realizam a mesma consulta com método de consulta em grupos de doentes.

A enfermeira desta unidade, considerada perita na área, é enfermeira de referência desta população de doentes, com apoio por vezes de um elemento da unidade de internamento durante as suas ausências. A médica da unidade é também substituída nas suas ausências por outra médica, tanto na DP como na consulta de esclarecimento.

A colocação de do catéter de DP no presente momento efectua-se noutros hospitais transitoriamente, por questões relacionadas com a administração interna do hospital, situação que ocorreu também durante o meu estágio.

Apêndice II:

Experiência vivenciada: consulta de esclarecimento da DRC

## **Experiências vivenciada na consulta de esclarecimento da DRC**

Por especial interesse pessoal e desenvolvimento de competências acerca da tomada de decisão do doente com DRC pela opção de tratamento no estágio 5, verifiquei que existe um esforço da equipa para que todo o DRC seja informado e tome uma decisão consciente e consentida da opção de TSFR que opta para a DRC, que está em conformidade norma da DGS número 017/2011, e desta forma o doente é referenciado à consulta de esclarecimento.

A equipa de DP também responsável pela consulta de esclarecimento de opções da DRC foi chamada para avaliação de um doente internado no serviço de internamento geral 2. Aproveitei esta oportunidade para intervir e aplicar conhecimentos e adquirir competências como enfermeira especialista.

O doente A, homem de 74 anos, raça caucasiana, natural e residente em Lisboa, casado, com dois filhos (uma rapariga e um rapaz), reformado. Reside com esposa e uma filha.

Trata-se de um doente trazido ao Serviço de Urgência pelo Instituto Nacional de Emergência Médica por queixas de dispneia, com o diagnóstico edema aguda do pulmão e enfarte agudo do miocárdio. Apresenta doenças conhecidas DM tipo 2, insulínica, HTA, Doença de 3 vasos com colocação de stent em 2009, Litíase renal, Cirurgia do bypass do membro inferior esquerdo, cirurgia catarata olho esquerdo e aguarda do olho direito, AVC cerca um ano, sem sequelas aparentes, DRC conhecida 2010 (creatinina basal 3.5 mg/dL) e realizou consulta de esclarecimento 22/12/2015 na altura com opção de DP.

Por má resposta à terapêutica dirigida (lasix endovenoso e Dinitrato de isossorbido endovenoso), colocou CVC na femoral direita e realizou 1 hora e 30 minutos de HD, com balanço negativo 200 ml, por má tolerância.

A equipa médica do internamento referenciaram o doente à consulta de esclarecimento da DRC, para esclarecimento acerca das opções TSFR da DRC estágio 5.

No dia 2 Outubro, tive oportunidade de contactar com o doente pela primeira vez, no gabinete de DP. O doente A, encontrava-se ansioso e com receios face à sua situação clínica, nomeadamente com a percepção da opção de um tratamento para a DRC. Em 2015, seguido na consulta externa de Nefrologia, já tinha sido referenciado à consulta de esclarecimento e tinha escolhido a DP.

Na altura, realizou todo este processo de forma individualizada e privada, não envolvendo a sua família por opção do próprio.

Foi realizado uma sessão de esclarecimento acerca das opções do tratamento da DRC, o doente A mostrou-se receptivo, interessado, já tinha conhecimento prévio da norma número 17/2011, com dúvidas que foram esclarecidas. Foram utilizadas técnicas de comunicação, escuta ativa com objetivo de uma intervenção educacional e de esclarecimento de dúvidas. Durante o diálogo, o seu maior receio era a falta de apoio da família perante a sua opção de tratamento, e não quer ir contra uma decisão da esposa.

Apesar da informação ter sido compreendida, constatou-se que a ansiedade e receio do doente muito se devida à possível opinião diferente da esposa acerca da melhor opção para o próprio. Para o doente A, apesar do tratamento ser do próprio, não quer tomar decisão sozinho, com necessidade de concordância com a esposa, pelo que foi agendada nova consulta de esclarecimento com a presença da esposa. Por hábito, a consulta de esclarecimento é realizada num só tempo, por oportunidade da minha intervenção e horário disponível da unidade de DP, foi agendada este segundo tempo de consulta.

Para o doente A, a opção que lhe parece melhor se adequa a ele, é a DP. Acha que com esta opção de tratamento, mantém os hábitos de vida, uma questão muito importante para o próprio, pois tem uma propriedade em Odeceixe, onde passa temporadas da sua reforma, inclusivamente sozinho, pois é sítio se sente bem, “filho da terra mesmo não sendo a terra que me viu nascer” e o fato de ser autónomo encontra que consegue responsabilizar-se pelo seu próprio tratamento.

Perante o percurso desta consulta e por desejo do doente, foi agendada nova sessão de esclarecimento para o dia seguinte, com a presença da filha e esposa, para envolver a família neste processo de decisão, uma questão muito importante para o Doente A. O mais importante para o doente era manter os seus hábitos e sensação de liberdade. Por outro lado, não queria tomar uma decisão sem aprovação da esposa, quem a partida acha que a melhor opção é hemodiálise. Perante isto, o doente não iria tomar uma decisão sozinho.

Neste caso em particular existiram dois momentos de consulta de enfermagem. Esta unidade hospitalar determina um momento único de esclarecimento com entrega de norma, e assinatura do consentimento informado

entregue na consulta seguinte de nefrologia de referência.

É importante que exista continuidade dos cuidados prestados pela mesma equipa, sempre que possível, situação que vivenciei pois o Doente A aquando do agendamento da seguinte consulta referiu que gostaria que uma das enfermeiras estivesse presente na segunda consulta com a família, dado que a minha enfermeira orientadora não poderia estar presente, eu assumi essa continuidade com a supervisão de outra enfermeira que a substituiu quando necessário na unidade de DP, pelo que fui um elemento de referência naquela ocasião. Dando continuidade ao relacionamento previamente estabelecido, diminui o risco de fragmentação do processo terapêutico, surgindo a ideia da importância de um enfermeiro de referência nesta experiência.

A comunicação deve ser aberta permitindo a partilha de experiências por parte do enfermeiro/doente utilizando a escuta ativa para facilitar o estabelecimento de um relacionamento vital para o processo terapêutico (Mahomed, St John, & Patterson, 2012).

Nesta sessão de esclarecimento, existiu um diálogo com participação ativa de todos os intervenientes enfermeiro/doente e família, onde foram discutidas e esclarecidas as dúvidas e receios apresentados. Foi-lhes explicado as várias opções de tratamento da DRC estágio 5 recorrendo ao material disponível para facilitar a compreensão, imagens de HD e breve demonstração da técnica com o avental de DP, com algum manuseamento dos materiais, de forma avaliar força e motricidade dos membros.

Durante a sessão de esclarecimento, o doente A, apresentou sempre maior interesse acerca da DP. Questionou as diferentes modalidades de DP, as férias, as necessidades no domicílio para a técnica, os apoios e ligações com a equipa de DP.

Não é bem conhecido como os doentes escolhem entre as diferentes opções de TSFR, independentemente da modalidade, está relacionado com o valor que a cada pessoa dá em manter o seu estilo e QV do que com a sua longevidade. Um estudo australiano analisando as opiniões dos doentes sobre TRFS concluiu que os doentes preferiam modalidades de tratamento que melhorassem sua liberdade e autonomia. Desta forma, a liberdade, conforto e autocuidado foram relacionados à escolha de DP e TC, e a segurança e impacto para a família relacionadas a opção HD (Flórez et al., 2017).

Durante esta experiência, desenvolvi o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, é exemplo as estratégias usadas para resolução do problema em parceria com o doente. A tomada de decisão em parceria com o Doente A foi um processo complexo, baseado nos valores, privacidade e dignidade enquanto pessoa. Não observando contraindicação absoluta em relação a sua opção de tratamento, neste caso, o mais importante para o doente era manter os seus hábitos e sensação de liberdade. Por outro lado, não quer tomar uma decisão sem aprovação da esposa, quem a partida acha que a melhor opção é HD.

É importante também ter em consideração neste processo de decisão por uma opção TSFR da DRC, os níveis elevados de stress existentes nesta população e quais as possíveis estratégias de coping que utilizam. As diferenças de género são notórias no que diz respeito ao modo de enfrentar a doença e a forma de utilização de estratégias de coping. Sabendo que a maioria dos doentes com DRC são homens, e que as mulheres com DRC usavam mais estratégias de coping que os homens, verificam-se implicações importantes para a gestão de programa da DRC (Harwood, Wilson, Sontrop, & Clark, 2012). Desta forma verifiquei que para o doente homem com DRC é necessário a envolvimento da figura feminina/esposa neste processo sendo a esposa/mulher a parceira de tratamento e assumindo por vezes responsabilização pelo cuidado e gestão do processo de doença.

Durante o percurso da doença crónica, quer a família, quer o próprio doente se deparam com diferentes desafios e necessidades de adaptação ao percurso da doença, desafios esses que são o cumprimento do regime terapêutico, o viver com a sensação de isolamento devido ao reduzido contato com os outros, o providenciar suporte económico para colmatar as despesas relacionadas com os tratamentos, o confronto com a possibilidade de surgirem problemas psicossociais, conjugais e familiares (Hanson, 2005).

A importância da família na DRC, pois se inicialmente o doente A, a afastou do seu processo de doença, no final, considerou que não se encontra apto para a tomada de decisão sem o apoio da mesma. Desta forma, é notório o envolvimento da família/cuidador e a importância destes na DRC. O desconhecimento e receio sobre a opção de tratamento foi uma questão que teve que ser trabalhada com envolvimento dos cuidadores/ família de forma a

garantir a melhor mais eficaz adaptação ao processo de doença e apostando na adesão ao regime terapêutico.

Além disso, como mostra a literatura, a família tem grande influência na escolha do tratamento da DRC e em algum momento na progressão da doença, será necessário informar e discutir com o doente e/ou família sobre as diferentes modalidades, suas vantagens e desvantagens, sempre baseado nas melhores evidências possíveis para ajudar a tomar uma decisão sobre a melhor opção para ele, com base em suas preferências, valores e estilo de vida (Flórez et al., 2017).

Após esta sessão de esclarecimento e com apoio do núcleo familiar foi consensual a opção de DP, e o doente A quis assinar o consentimento informado de acordo com a norma da DGS número 017/2011. Após contacto com a médica de equipa de DP, foi pedido encaminhamento para cirurgia para colocação de catéter tenckoff. Não consegui acompanhar a colocação de catéter DP durante este campo de estágio.

Como futura enfermeira especialista verifiquei que durante o processo educativo para a eleição da opção de TSFR, devemos ajudar os doentes a tomar uma decisão de acordo com suas preferências, valores e seu estilo de vida para que o doente tome uma decisão de qualidade (Flórez et al., 2017). Contudo considero que existe uma dificuldade nas equipas de saúde em transmitir informações acerca das principais consequências, do prognóstico, sobrevida acerca da DRC e suas opções que deve ser transmitido aos doentes de forma que opção escolhida seja a mais consciente possível e com conhecimento de toda a trajetória possível de uma doença crónica incluindo o fim de vida.

Pensando na melhor e mais adequada tomada de decisão acerca da opção de tratamento da DRC, a DGS criou orientações acerca do tema ao publicar a norma número 017/2011 atualizada em 2012. Desta forma em cada serviço hospitalar deve existir uma consulta dedicada ao esclarecimento do doente acerca das diferentes opções de tratamento do DRC estágio 5, designada consulta de esclarecimento devendo obedecer a determinados requisitos e ter o objetivo de contribuir para o esclarecimento do doente acerca das diferentes modalidade de tratamento, ser funcionalmente individualizada com registo próprio e integrar uma equipa multidisciplinar, constituída, pelo menos por nefrologista, enfermeiro, técnico de serviço social e nutricionista (DGS, 2012).

A consulta de esclarecimento desta unidade funcionada desde 2013, é constituída por uma equipa multidisciplinar (médico e enfermeiro) sempre presentes e elementos de referência da consulta e por uma questão de política organizacional, sem intervenção regular e obrigatória da nutricionista e assistente social apenas sendo referenciados casos mais particulares, não estando de acordo com a norma, é na minha perspetiva uma lacuna nos cuidados prestados.

São referenciados a esta consulta os doentes com DRC a partir do estágio 4 através do nefrologista assistente de cada doente, contudo a maioria dos doentes observados encontravam-se no estágio 5. A escolha de uma modalidade terapêutica consentida e consciente, pretendida pela norma número 017 de 2011 da DGS, implica ensino e esclarecimento à pessoa que se encontra no estágio 4 da DRC, favorecendo a sua adaptação pois a sua vida é alterada de várias maneiras, levando a constantes desafios no seu novo modo de vida, durante este campo de estágio verifiquei que a referência à consulta era tardia, grande parte dos doentes estavam no estágio 5 com necessidade de início de uma TFRS podendo este facto ser uma barreira na adaptação e tomada de decisão precipitada.

São utilizados dois métodos de esclarecimento, de acordo com 2 médicos que executam esta consulta. Uma médica usa o método individual, realizando a consulta com o doente/família/cuidadores e é fornecida informação através do diálogo e ajuda de meios audiovisuais (PowerPoint com informação de cada opção de tratamento), com participação de enfermeira. A outra médica utiliza a sessão de grupo como metodologia de esclarecimento na consulta, a qual não tive oportunidade de participar e analisar eventuais vantagens e desvantagens, mas a norma definiu esta consulta individualizada (DGS, 2012).

O nefrologista expõe as TSR disponíveis e dependendo das informações que recolhe sobre a vida do doente, aconselha os doentes sobre a TSFR mais apropriada à sua condição de saúde e estilo de vida. Para auxiliar a transmissão de informação, utiliza material informativo em diapositivos com as TSFR, cumprindo o requisito da norma número 017 da DGS de 2011. Posteriormente, o enfermeiro esclarece dúvidas sobre o que foi transmitido.

Durante a consulta são demonstradas as opções de tratamento, HD, DP, transplante renal existindo pouca referência ao TC, a não ser que a equipa ache que o doente em questão beneficie do mesmo. No entanto, verifiquei à

semelhança de outros locais da minha prática profissional, que a informação proporcionada ao doente acerca de opção terapêutica à DRC estágio 5 é direcionada para HD, DP e transplante renal. Desta forma é pouco conhecida a opção do TC, que mesmo sabendo das limitações de aplicação de modalidade de tratamento, não deve ser excluída de um programa de esclarecimento nem como uma opção de livre vontade e consentido do doente.

As barreiras encontradas a esta opção, são a opinião das equipas de saúde, principalmente médica, pois não consideram o TC uma opção de TSFR, mas a não opção de tratamento.

Neste hospital, durante o ano 2017, quatro doentes optaram pelo TC em consulta de esclarecimento e zero em 2018. Após esta decisão, voltam ao nefrologista de referência e são seguidos em consulta de ambulatório, onde é feita a gestão e controlo de sintomas associados. Pela experiência descrita pela equipa médica, o doente morre em casa ou se necessário é internado no hospitalar na fase fim de vida

## Referências Bibliográficas

- DGS. (2012). Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5. *Norma Da Direção-Geral Da Saúde n.º 017/2011 de 28/09/2011 (Atualizado a 14/06/2012)*, 1–35.
- Flórez, A. I. A., Fano, B. L., Rojo, A. C. A., & Velasco, M. P. (2017). Análisis del impacto de los valores personales en la elección del Tratamiento Sustitutivo Renal. *Enfermería Nefrológica*, 20(3), 209–214. <https://doi.org/10.4321/S2254-28842017000300002>
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família - Teoria, Prática e Investigação* (2nd ed.). Loures: Lusociência.
- Harwood, L., Wilson, B., Sontrop, J., & Clark, A. M. (2012). Chronic kidney disease stressors influence choice of dialysis modality. *Journal of Advanced Nursing*, 68(11), 2454–2465. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05943.x>
- Mahomed, R., St John, W., & Patterson, E. (2012). Understanding the process of patient satisfaction with nurse-led chronic disease management in general practice. *Journal of Advanced Nursing*, 68(11), 2538–2549. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05953.x>

Apêndice III:

Folheto acerca da alimentação da pessoa com alteração da eliminação renal

**Sódio (sal)**

O sal interfere na quantidade de líquidos que o organismo retém. Um nível elevado de sódio e de líquidos no organismo pode causar:

- hipertensão arterial
- edema (inchaço) nos tornozelos, pés, mãos e nas pernas
- falta de ar

Um elevado consumo de sal nos alimentos aumentará a sua sede, o que se torna ainda mais importante quando a produção de urina diminui (geralmente, depois de iniciar a diálise).

Os alimentos que costumam conter um elevado teor de sódio são os seguintes:

- salpapas, incluindo sal aromatizado
- molhos, incluindo molho de soja
- alimentos enlatados e processados, como fiambres, bacon, salchichas
- aperitivos e snacks, como batatas fritas e biscoitos salgados
- caldos pré-preparados e sopas em pó
- refeições prontas

Tenha também, atenção aos substitutos de sal, pois alguns contêm potássio em vez de sódio, o que é tão ou mais perigoso do que o sódio propriamente dito.



**Potássio**

Quase todos os alimentos contêm algum potássio. Muitos alimentos saudáveis, como as frutas, as legumes e as lactínicos, contêm um elevado teor de potássio. Se tem uma doença renal, é possível que tenha que controlar o consumo destes alimentos, o que significa evitar algumas frutas e legumes, e reduzir a dose ou a frequência de consumo de outros.

A quantidade de potássio que deverá ingerir-se varia em diálise dependente do tipo de diálise que escolher. Se optar pela hemodiálise, as suas restrições de potássio serão provavelmente maiores do que se optar pela diálise peritoneal.

Os alimentos que costumam conter elevado concentração de potássio são:

- banana, abacate, batata, papaia, melão, figo, frutos secos, azeite, leite, iogurte, natas, manga, mexerica, passas, ameixas, cerejas, torresmo
- alface, brocolos, abacates de soja, verduras de folha verde, lentilhas, tomate, feijão, abóbora, nabo



A pedido do seu médico, sempre que achar necessário, será encaminhado para o nutricionista.



Se tiver dúvidas, pergunte. A sua doença será mais fácil de gerir, se estiver informado e esclarecido.



Carla Lopes

Aluna do 2º Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - vertente nefrologia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



Fonte bibliográfica: National Kidney Foundation

**Consulta de Esclarecimento**

Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca



**ALIMENTAÇÃO DA PESSOA COM ALTERAÇÃO DA ELIMINAÇÃO RENAL**

*Doença Renal Crónica*



¶

A avaliação nutricional inclui uma análise da sua alimentação em termos de energia (calorias) e nutrientes importantes, tais como: proteínas, sódio/sal, potássio, fósforo, líquidos, gorduras, hidratos de carbono (açúcares) ¶

¶  
¶  
¶

#### Manter um peso saudável ¶

Um peso saudável é um importante aspeto da gestão da sua saúde. Algumas pessoas com doença renal têm pouco apetite ou têm dificuldade em alimentar-se de forma saudável. ¶

Quando o consumo de alimentos não é adequado e o organismo não obtém a quantidade necessária de vitaminas, minerais e outros nutrientes, pode atingir-se o ponto de subnutrição. Esta situação é mais comum quando a doença renal se aproxima da fase de necessidade de início de diálise, mas pode persistir mesmo após o seu começo. ¶

O ganho de peso também pode ser um problema. Se tiver excesso de peso, poderá ser mais difícil criar o acesso para a diálise e, também, poderá significar que não será facilmente aceite em lista de espera para um transplante renal. ¶

¶

□

#### Proteínas ¶

Para a sua saúde em geral, é importante que consuma uma quantidade adequada de proteínas. ¶

No entanto, se tiver uma doença renal, é importante controlar a ingestão de alimentos ricos em proteínas, de forma a minimizar a acumulação de resíduos tóxicos. As necessidades proteicas também se alteram quando se inicia a diálise e devem ser discutidas com a sua equipa de saúde. ¶

As proteínas encontram-se nos: ¶

- alimentos animais, incluindo ovos, peixe e carne ¶
- laticínios, tais como o queijo, o leite e o iogurte ¶
- alimentos vegetais, como as nozes, a manteiga de amendoim, as lentilhas, o feijão, o grão e leguminosas, também contêm proteínas, mas nem sempre são aconselhados devido ao seu teor de potássio e fósforo ¶

¶

#### Fósforo ¶

O controlo do fósforo através da dieta é importante em todas as fases da doença renal. Por vezes, é necessário recorrer a medicamentos para reduzir a quantidade de fósforo alimentar no sangue. Os captadores de fósforo atuam no intestino, impedindo a absorção de fósforo dos alimentos e permitindo a sua eliminação através das fezes. Por este motivo, é importante tomar os captadores de fósforo às refeições. ¶

Alimentos ricos em fósforo: ¶

- Leite e produtos lácteos ¶
- Fígado de vaca e aves ¶
- Produtos integrais ¶
- Produtos enlatados ¶

¶

¶

¶

#### Líquidos ¶

A quantidade de líquidos que se pode ingerir varia conforme o estágio da doença renal. O consumo de líquidos depende da sua diurese (volume total de urina ao longo das 24 horas), da acumulação de líquidos existente no organismo e da tensão arterial. Depois de se iniciar a diálise, a diurese vai diminuindo ao longo do tempo, pelo que o consumo de líquidos tem que ser ajustado progressivamente. Não se esqueça de que os alimentos mais líquidos também devem ser incluídos neste valor. ¶

Os líquidos incluem: ¶

- a água e os cubos de gelo ¶
- o chá, o café, os sumos, os refrigerantes, o leite e os laticínios (iogurte líquido e sólido) ¶
- os molhos e as sopas ¶
- o gelado, a gelatina, as sobremesas lácteas. ¶

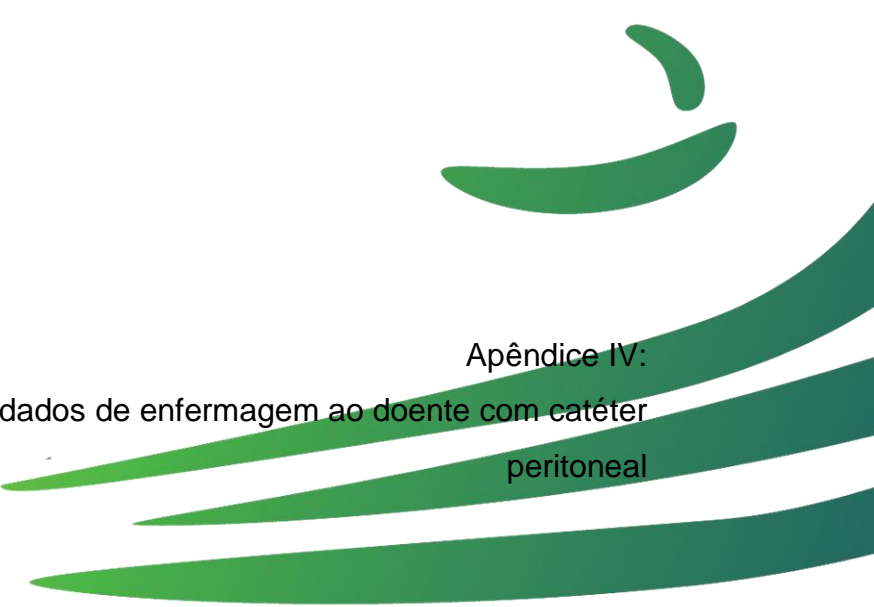
¶

¶



□

Ação de formação sobre os cuidados de enfermagem ao doente com catéter  
peritoneal



Apêndice IV:

peritoneal

## Cuidados de enfermagem ao doente com cateter peritoneal

Carla Lopes  
Aluna do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

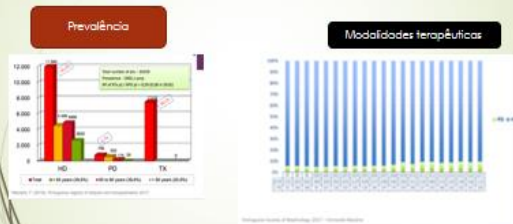
1

## Doença Renal Crónica

- Doença global, estimase que afeta mais de 13,4% da população, e é considerado um problema de saúde pública devido à sua prevalência, grande impacto nos doentes e alto custo para a sociedade.
- Portugal apresenta das taxas mais elevadas de incidência e prevalência de DRC da Europa.
- A idade média dos doentes em terapêutica de substituição da função renal tem vindo a aumentar (67,1 anos)
  - 40,4% apresentavam idade 65-80 anos;
  - 21,9% maior que 80 anos;
  - com maior prevalência no tratamento de HD.

2

## Dados estatísticos Portugal



3

## Abandono Diálise Peritoneal



4

## O enfermeiro de nefrologia



7

## Cuidados de Enfermagem no Pré-Operatório

- Avaliação pré-operatória incluindo adequada seleção do CS, comprimento do cateter e o tipo;
- Pesquisa de exudado nasal;
- Marcar a saída do cateter com o doente sentado e de pé;
- Preparação Intestinal;
- Evacuar bexiga antes da intervenção;
- Jejum de 8 horas;
- Cuidados de higiene com clorhexidina;
- Tricotomia, de preferência com máquina eléctrica;
- Administrar antibioterapia profilática prescrita.

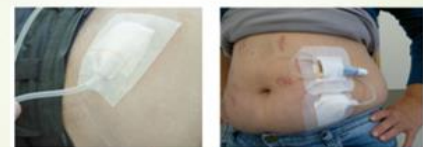
8

## Cuidados de Enfermagem no Pós-Operatório

- Lavagens das mãos antes de qualquer procedimento;
- Cuidados pós-operatório são efectuados por pessoal treinado;
- Realização de penso durante as primeiras 2-3 semanas, recomendado penso 1 x semana, sempre de manhã;
- Técnica asséptica: usando máscara, luvas e material esterilizado durante este período;
- Usar agentes de limpeza não irritativos no CS e pele circundante, não utilizar betadine nem água oxigenada;
- Pode ser aplicado profilaticamente, pomadas gentamicina/ mupirocina;
- O local do CS deve manter-se sempre seco;
- O penso utilizado deve ser observante e ocupar todo local do CS;
- Não utilizar penso semi permeável, está associado aumento de risco de infeção;
- O cateter de DP deve encontrar-se imobilizado;
- Os cuidados prestados devem ser monitorizados, documentados e registados.

9

## Exemplo penso



Penso respirável  
Cateter imobilizado, sem dobras e na sua posição natural

10

### 11

#### Avaliação do orifício de saída do cateter peritoneal, de acordo com escala de Twardowski (adaptada)

- **Orifício Perfeto:** tem pelo menos seis meses de evolução; apresenta uma tonalidade de pele normal; **sem esudado;** pode apresentar uma pequena crosta no OS;
- **Orifício Bom:** a pele do OS do cateter peritoneal por vezes pode apresentar uma tonalidade mais rosada, contudo não existe esudado purulento ou hemático mas, pode **existir um esudado claro**, que resulta do tecido de granulação;
- **Orifício Evoluído:** há **esudado purulento e/ou hemático**, em pequena quantidade, no OS do cateter peritoneal acompanhado de diminuição do tecido adiposo no OS;
- **Infecção Aguda do Orifício:** existe **presença de esudado purulento e/ou hemático**, de forma espontânea ou após pressão na região em redor do OS do cateter peritoneal. O processo de infeção dura poucos dias, a cura é rápida e pode ser acompanhado de dor, tecido de granulação exuberante na zona e local de inserção do cateter peritoneal e existe crosta;
- **Infecção Crónica do Orifício:** existe **presença de esudado purulento e/ou hemático**, de forma espontânea ou após pressão na região em redor do OS do cateter peritoneal. O processo de infeção dura meses a anos, crónico e existe presença de crosta no OS do cateter peritoneal.

11

### 12

#### Cuidados de enfermagem na manutenção /longevidade do cateter de DP

- Os cuidados ao OS deve ser diários;
- A avaliação do OS e tónel do cateter, é feita num local bem iluminado;
- Cuidados realizados ao OS devem ser realizados sempre que seja molhado;
- Realizar sempre lavagem das mãos antes de manusear o cateter DP;
- Pode tomar banho de chuveiro, utilizando sabão líquido não irritante à pele;
- Se o OS apresentar "crosta", limpar com soro fisiológico, mas não forçando a sua remoção;
- Usar ABC pomada no local e não diretamente no cateter, se necessário;
- Usar sempre o cateter de DP imobilizado;
- Usar penso de protecção, não é necessário!

12

### 13

#### Sucesso da diálise peritoneal como opção terapêutica

```

graph TD
    A[Papel fundamental da enfermeira de nefrologia na avaliação e ensino ao DRC] --> B[Regime que as equipas desempenham um trabalho organizado, educado e integrado]
    B --> C[Equipa de enfermagem dedicada para o ensino em diálise peritoneal e para o auto cuidado do doente]
    C --> D[Prevenção peritona e infeção do orifício de saída do cateter de diálise peritoneal]
  
```

13

### 14

#### Bibliografia

- ANNA (2017) Contemporary Nephrology Nursing, 3rd Edition, Sandra W. Smith Editor
- Caron, J., Hu, J. S., Sela, A. E., Robinson, M. J., Page, A. S., Goff, M. S., ... & Thomas, S. (2017). *Editorial: pain for determining and improving the outcomes of end-stage renal disease. Society Research Supplement*, 7(2), 42-70.
- European Society and Transplant Nurses Association / European Renal Care Association (ESNA/ERCA) (2016) *THE PROFILE OF Nephrology Nurses - The Fundamental Role of Nephrology Nurses caring for individuals with End-Stage Renal Disease and their Families*.
- European Society and Transplant Nurses Association / European Renal Care Association (ESNA/ERCA) (2002) *THE PROFILE OF Nephrology Nurses*.
- Vasallo, F. (2017). *Tratamento Substitutivo Renal em Doença Renal Crónica estádio 2 em Portugal - Relatório Gabinete de Registo RNI 2017*. Adaptado de: <http://www.rni.gov.pt/pt/pt/2017/2017-01-01-2017-12-31>

14

### 15

- Obrigada pela vossa presença

15

### 16

#### Cateter de diálise peritoneal

16

Apêndice V:  
Caraterização da unidade de internamento do hospital da região de Almada

## **Caraterização do serviço de internamento**

Este campo de estágio decorreu no Serviço de Internamento de Gastroenterologia/Nefrologia hospital público em Almada o qual serve uma população estimada em cerca de 350 mil habitantes dos concelhos de Almada e Seixal, sendo que em algumas valências a sua zona de influência estendendo-se a toda a Península de Setúbal.

Desde 2011 o Hospital é acreditado pelo CHKS, um dos organismos internacionais de maior prestígio na área da Qualidade em Saúde e assenta em Padrões de Qualidade: Liderança, Gestão e Cultura, Normas Corporativas, Administrativos Centrados nos Doentes, Risco e Segurança, Cuidados Centrados no Doente e Gestão de Serviços e Ambiente.

Este serviço integra a unidade DP; unidade de internamento de Gastroenterologia/Nefrologia e consulta externa de após-TR. A unidade de internamento dispõe de uma capacidade de ocupação de 23 camas e 2 macas, sendo 9 destinadas à nefrologia e 1 ao TR.

A equipa de enfermagem é constituída por 27 elementos com chefia própria, dividida por 4 equipas, distribuída em horário rotativo nos turnos manhã, tarde e noite. Dos 27 elementos, 5 elementos são enfermeiros especialistas, sendo 4 especialistas da área Enfermagem Médico-Cirúrgica (sendo 1 da vertente da área de Enfermagem Nefrológica) e 1 enfermeiro especialista da área de Enfermagem de Reabilitação.

Na área de DP e TR estão destinados 4 elementos que se encontram competentes e treinados, e 2 elementos detém a especialidade Médico-Cirúrgica.

Apêndice VI:

Estudo de caso sobre a suspensão de HD na Pessoa com DRC estágio 5



**9º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem Área  
de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica –  
Enfermagem Nefrológica**

**Unidade Curricular:  
Estágio com Relatório**

**Estudo de Caso:  
Suspensão de HD na  
Pessoa com doença renal crónica estágio 5**

**Carla Sofia Estevinha Lopes**

**Lisboa  
Outubro, 2018**



**9º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem Área  
de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica –  
Enfermagem Nefrológica**

**Estudo de Caso:  
Suspensão de HD na  
Pessoa com doença renal crónica estágio 5**

**Carla Sofia Estevinha Lopes número 2436**

**Orientador: Professora Doutora Maria Saraiva**

**Lisboa  
Outubro, 2018**

## **LISTA DE ABREVIATURAS / SIGLAS**

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CP - Cuidado(s) Paliativo(s)

cp. - comprimido

DGS - Direção Geral da Saúde

DP - Diálise peritoneal

DRC - Doença Renal Crónica

EDTNA/ERCA - European Dialysis and Transplant Nurses Association/  
European Renal Care Association

GC – Glicémia capilar

HD - Hemodiálise

KDIGO - Kidney Disease: Improving Global Outcomes

p. - Página

QV – Qualidade de vida

RENTEV – Registo Nacional do Testamento Vital

SPN - Sociedade Portuguesa de Nefrologia

Sr. - Senhor

SU - Serviço de urgência

TC - Tratamento conservador

TFG - Taxa filtração glomerular

TR – Transplante renal

TSFR - Terapêutica(s) de Substituição da Função Renal

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	15
1.1. O modelo de cuidados de enfermagem .....	16
1.2. A doença renal crónica no estágio 5.....	18
1.3. Hemodiálise .....	20
<b>2. CARACTERIZAÇÃO DO CASO</b> .....	23
2.1. Avaliação inicial.....	23
2.2. História clínica .....	24
<b>3. PROCESSO DE ENFERMAGEM</b> .....	28
3.1. Diagnósticos e intervenções de Enfermagem.....	28
<b>4. REFLEXÃO/DISCUSSÃO</b> .....	30
<b>5. CONCLUSÃO</b> .....	38
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	39

## INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio realizado surge o presente estudo de caso como oportunidade de sistematizar e refletir sobre os cuidados prestados a uma pessoa com Doença Renal Crónica (DRC) estágio 5, que vai ao encontro da minha área de interesse o tratamento conservador (TC).

Este estudo de caso foi realizado no decurso do meu ensino clínico realizado na Unidade de internamento Nefrologia de um Hospital de Almada. Teve como finalidade desenvolver conhecimentos e competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados na pessoa com doença renal crónica, por forma a ir de encontro aos objetivos estabelecidos para este mesmo ensino clínico.

Será realizada o enquadramento teórico dos conceitos necessários para este estudo caso, nomeadamente os conceitos necessários ao tema. Posteriormente será apresentado o estudo de caso, no qual se desenvolveram as suas etapas de forma fundamentada. Para finalizar proceder-se-á à análise reflexiva da intervenção, realizando um balanço sobre as aprendizagens feitas e competências desenvolvidas.

Como instrumento de trabalho, foi aplicado o Processo de Enfermagem, usando a plataforma informática Sclínico, e através da linguagem comum Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) pois no serviço em questão é a ferramenta utilizada e desta forma contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem do serviço.

Os dados foram colhidos nos dias 22 a 31 de Outubro de 2018 e com recurso ao processo de enfermagem e diário clínico, e observação direta do estado diário do doente.

O referencial teórico que sustentará este estudo de caso é a teoria de enfermagem de Callista Roy, cujo modelo permite ao enfermeiro intervir na adaptação do doente com DRC à sua doença e evolução.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os estudos de caso são uma estratégia de investigação empírica que permite estudar fenómenos em profundidade no seu contexto real. “Casos”, podem ser indivíduos, grupos, organizações ou comunidades e são passíveis de estudo atributos, comportamentos, ações ou interações (Stake, 2009).

O estudo de caso clínico de enfermagem pode ser definido como uma exploração de um sistema delimitado ou de um caso, obtido por meio de uma detalhada recolha de dados, fornecendo informações relevantes para a tomada de decisão clínica de enfermagem, que proporciona um cuidado personalizado, na qual o doente é visto como um ser único.

Na área educacional, por exemplo, o estudo de caso pode ser utilizado como uma abordagem didática para problematizar uma situação a fim de aproximar a teoria e a prática (Andrade et al., 2017). Este método de investigação inclui como etapas, a colheita de informações, um processo de pensamento, constituído por análise dos dados e determinação de soluções, e um processo de julgamento ou avaliação (Galdeano, Rossi, & Zago, 2003).

Na prática de cuidados de enfermagem, os estudos de caso são aplicados com o objetivo de analisar ou descrever uma situação particular, identificar problemas em determinados campos, observar mudanças e explorar as causas (Andrade et al., 2017).

Neste processo de investigação o envolvimento dos enfermeiros fomenta a discussão, reflexão e compreensão da importância das práticas de enfermagem para a qualidade dos cuidados prestados.

É utilizado como elo entre as na equipa multidisciplinar nos problemas do doente, e proporciona à enfermagem a busca do melhor conhecimento científico na busca do melhor cuidado e tomada de decisões contribuindo na formação de conhecimento de enfermagem pois podem ser utilizados como referência futura e contribui para melhorar o desempenho da equipe de enfermagem.

## 1.1. O modelo de cuidados de enfermagem

A pessoa com DRC sofre diferentes alterações durante as fases de sua doença quer físicas, sociais e psicológicas, e a equipa enfermeiro-doente-família será a base para a promoção e desenvolvimento de estratégias para lidar com a doença. Assim, enfermagem é vital para o cuidado total destes indivíduos (EDTNA/ERCA, 2000).

Devido à alteração e necessidade de adaptação que a DRC causa na vida da pessoa, considero que o pensamento de enfermagem a seguir durante o meu percurso neste estágio foi o modelo de enfermagem de adaptação de Callista Roy, pois tem em consideração a promoção da adaptação do Homem em situações de saúde e doença, e a finalidade do enfermeiro é ajudar a pessoa a adaptar-se às mudanças.

Para esta teórica existem quatro elementos essenciais na aplicabilidade desta teoria: a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem. O alvo das intervenções de enfermagem, é o recetor dos cuidados de enfermagem, que pode ser uma pessoa, família ou sociedade, e é necessário ter em conta o sistema adaptativo que cada um representa, estando este sistema em constante interação com o ambiente (George, 2000).

Para Roy, o ambiente é o conjunto de todas as circunstâncias, condições e influências que rodeiam e afetam o desenvolvimento e o comportamento das pessoas ou grupos. Representa o input interno ou externo que influencia o sistema adaptativo de cada um (Tomey & Alligood, 2004). O nível de adaptação é “um ponto em constante mudança, feito de estímulos focais, contextuais e residuais, que representam o padrão da variedade de estímulos da própria pessoa aos quais se pode responder com respostas de adaptação comuns” (Tomey, A. M. & Alligood, 2004, p.304). Por último, os estímulos residuais “são fatores ambientais, dentro e fora do sistema humano, com efeitos pouco claros na presente situação” (Tomey & Alligood, 2004). As respostas adaptativas estão dependentes dos mecanismos de adaptação que segundo Roy, são herdados ou aprendidos (George, 2000).

Estes mecanismos promovem quatro modos de adaptação à pessoa: modo fisiológico; modo de autoconceito; modo do papel social e modo de interdependência. O modo de adaptação fisiológico está relacionado com os

“processos físico e químico envolvidos na função e atividades dos organismos vivos”, ou seja, com as necessidades corporais básicas como a oxigenação, nutrição, eliminação, sono e proteção (Tomey & Alligood, 2004) p. 305). O modo de autoconceito relaciona-se com os pressupostos que a pessoa tem sobre si própria e com a sua imagem física e psíquica. É o conjunto de “crenças e sentimentos sobre si próprio numa dada altura e é constituída por perceções internas e perceções das reações dos outros” (Tomey & Alligood, 2004)p. 305). O modo do papel social diz respeito aos deveres sociais, tendo em conta a posição da pessoa na sociedade e este modo de adaptação tem em consideração os papéis primários, secundários e terciários. O último modo de adaptação, de interdependência, diz respeito às relações de proximidade entre as pessoas que são consideradas importantes para nós e inclui formas de procurar ajuda, afeto e afirmação (George, 2000).

Existem ainda subsistemas interligados propostos por Roy, nomeadamente o regulador e o cognitivo, constituindo um sistema adaptativo. O subsistema regulador está muito relacionado com o modo fisiológico, embora seja também influenciado pelo cognitivo. Os processos cognitivos, que correspondem aos processos de informação, de aprendizagem e das emoções influenciam os quatro modos de adaptação da pessoa (George, 2000).

A saúde é por isso a adaptação da pessoa tendo em conta a sua integridade fisiológica, psicológica e social, que é alcançada com a utilização dos mecanismos de adaptação. Caso haja incapacidade da pessoa para se adaptar a uma situação de adversidade, aparece a doença.

A enfermagem é assim fundamental no auxílio do Homem a adaptar-se tanto na saúde como na doença, às mudanças fisiológicas, a situações que comprometem o seu autoconceito, o seu papel social e a situações que implicam perturbação nas relações de proximidade (George, 2000).

O processo de enfermagem definido por Roy é constituído por seis fases distintas, que correspondem à avaliação dos comportamentos; avaliação dos estímulos para esses comportamentos; diagnóstico de enfermagem sobre o estado de adaptação da pessoa; estabelecimento de metas para promover a adaptação; intervenções que visam gerir os estímulos que promovem a adaptação e por último, avaliação dos objetivos adaptativos (Tomey & Alligood, 2004).

## 1.2. A doença renal crónica no estágio 5

A DRC é uma doença global, estima-se que afeta mais de 13.4% da população, e é considerado um problema de saúde pública devido à sua prevalência, grande impacto na vida dos doentes e alto custo para a sociedade (Stengel et al., 2017). Tem maior incidência na população com idade superior a 65 anos (Bello et al., 2015) e a doença cardiovascular é a principal causa de morbilidade e mortalidade (Hobbs et al., 2016).

De acordo com *Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO)*, a DRC é definida como uma alteração da função renal, presente por mais de três meses e com implicações na saúde da pessoa. O seu diagnóstico e avaliação envolvem o uso simultâneo da avaliação e monitorização da função renal através da taxa filtração glomerular (TFG), creatinina sérica e alterações renais (albuminúria e /ou proteinúria) (KDIGO, 2012). A sua classificação é de acordo com a causa, a categoria TFG e na categoria albuminúria.

A DRC em estágio 5 necessita de uma opção terapêutica substitutiva da função renal (TSFR) dentro quais a hemodiálise (HD), a diálise peritoneal (DP), o transplante renal (TR) e o TC.

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), Portugal tem um crescimento anual de DRC estágio 5 sob TSFR superior à média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, apresentando a maior incidência e prevalência de DRC (SPN, 2018).

Existem vários fatores que podem justificar estes dados tais como: melhoria dos recursos disponíveis e melhores cuidados de saúde em geral; bons resultados de sobrevivência; aumento da esperança de vida e da acessibilidade à diálise e elevada taxa de transplantação (Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação - Nefrologia, 2017) e também a possível inexistência de critérios objetivos, unânimes, para início ou suspensão de diálise (como exemplo, diferenças culturais entre países e povos diferentes podem determinar formas diferentes de tratamento da doença renal, privilegiando o TC em contraponto às TSFR, em particular no que diz respeito a doentes com idades avançadas e/ou com elevada comorbilidade (Ministério da Saúde, 2014).

A idade média portuguesa dos doentes em TSFR tem vindo a aumentar nos últimos anos, em 2017, 40,4% apresentavam idade 65-80 anos e 21,9%

maior que 80 anos, com maior prevalência no tratamento de HD. De referir que, a taxa de mortalidade dos doentes em HD em 2017 foi 13,03%, em que 83,03% das 1550 mortes, apresentavam mais de 65 anos e 43,03% mais de 80 anos, sendo que 7,8% das mortes ocorreram durante os primeiros 90 dias após início de HD (SPN, 2018).

De facto, a sobrevida média de um doente em diálise em faixas etárias mais elevadas é consideravelmente reduzida face à população geral com a mesma idade (DGS, 2012). No entanto, avaliar o doente apenas no critério de idade levanta questões éticas como a justiça e equidade, pelo que cada pessoa deve ser avaliada de forma holística.

Deste modo, verifica-se que em resposta ao envelhecimento da população, cada vez mais idosos iniciam HD e o interesse pelas técnicas não dialíticas alternativas para o último estágio da DRC também está a aumentar, admitindo-se que os doentes têm o direito de recusar iniciar diálise, nomeadamente os mais idosos e/ou com várias comorbilidades (O'Connor & Kumar, 2012).

Face a esta problemática em Portugal, a DGS criou uma norma de orientação, acerca das opções de tratamento, norma número número 017/2011, atualizada em 2012 - Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5. Surgiu com objetivo de apresentar as várias opções de tratamento da DRC incluindo o tratamento médico conservador (denominado neste trabalho por TC) como opção esclarecida e a eventual suspensão de diálise, particularmente em doentes com comorbilidades diversas e graves, com o objetivo de criar uma base para o adequado esclarecimento do doente e dos familiares acerca dos resultados esperados e contribuir, desta forma, para uma opção informada por uma modalidade de tratamento, mais ou menos agressiva, de acordo com a sua perspetiva pessoal (DGS, 2012).

Em nenhuma circunstância se pretende criar como opção a omissão de tratamento em si mesmo, já que o acompanhamento clínico do doente é obrigatório e um seu direito, mas sim considerar, para cada doente, o direito à escolha do melhor tratamento para a sua pessoa, no seu contexto individual e familiar, de acordo com as suas expectativas e opções de vida, o que poderá passar pelo tratamento sintomático (paliativo) da DRC ou pela opção de suspensão da terapêutica dialítica (DGS, 2012).

Com as evidências de que a diálise pode não ser sempre benéfica ou preferida pelos doentes com DRC, existe um interesse crescente mundial na promoção de cuidados conservadores e a literatura disponível tem aumentando nos últimos anos (Song, 2016), paralelamente, com os relatos de números crescentes de doentes sendo tratados sem diálise (EDTNA/ERCA, 2011).

A constatação de resultados decepcionantes na sobrevida e na qualidade de vida (QV) de subgrupos de doentes em diálise, nomeadamente naqueles que, cumulativamente, são mais idosos e apresentam maior número de comorbilidades, conduziu a que, na última década, tenham surgido estudos comparativos de terapêutica conservadora versus dialítica em doentes com DRC em estágio 5 com as características anteriormente referidas.

### **1.3. Hemodiálise**

A HD enquanto TSFR, destaca-se pela sua proporção, em relação ao número de doentes sob outras modalidades de tratamento. De acordo com os dados disponíveis acerca do ano 2017, a HD mantém-se em Portugal como a TSFR mais utilizada (59,2% de doentes prevalentes), seguindo-se o TR (38,1%) e a DP (3,7%) (SPN, 2018).

A HD tem evoluído ao longo das últimas décadas, usufruindo hoje o doente renal de condições de tratamento muito superiores aos anos iniciais, existindo autores que sugerem que a HD costuma ser bem tolerada e facultar uma QV próxima do normal (DGS, 2012).

O termo HD descreve a remoção de solutos e água do sangue, através de uma membrana semi-permeável (dialisador), dependente de princípios fisiológicos de difusão e ultrafiltração (Thomas et al., 2005).

Nesta técnica depurativa a membrana artificial é o elemento principal, o dialisador, inclui também uma máquina, designada monitor de HD, que bombeia o sangue ao longo de um sistema circuito extracorporeal desde uma veia até ao dialisador, onde é depurado através da membrana artificial que o separa do dialisante, retornando, de seguida, ao corpo (DGS, 2012).

Para a execução desta técnica, é necessário ter um acesso ao aparelho circulatório que permita obter um débito de sangue suficiente para a sua exequibilidade, é o chamado acesso vascular. O melhor acesso vascular é a

fístula arteriovenosa e consiste em unir, mediante uma pequena cirurgia, uma veia a uma artéria, preferivelmente no membro superior não-dominante, no antebraço, tão próximo quanto possível da mão (DGS, 2012).

São relatadas algumas complicações dialíticas como: náuseas, vômitos, cefaleias, hipotensão arterial, cambrias e hematomas ou perdas de pequenas quantidades de sangue nos locais de punção. Outros, apesar de serem muito pouco frequentes, são mais graves: hipotensão arterial severa, alterações cardíacas como arritmias e angina de peito, embolia gasosa, acidentes cerebrovasculares e reações alérgicas de gravidade variável (DGS, 2012).

Em Portugal e dependendo, em grande medida, da idade e das doenças associadas, é expectável uma sobrevida prolongada com a diálise (DGS, 2012). No entanto a terapêutica dialítica não é uma cura para a doença renal. Se por um lado possibilita uma vida perto do normal, a dependência da diálise para o doente DRC é pesada em termos pessoais e familiares, bem como no que diz respeito a restrições dietéticas e de estilo de vida, envolvendo, também, elevado consumo de recursos altamente especializados bem como elevados custos financeiros.

Nas faixas etárias mais elevadas, e devido à maior prevalência de diversas comorbilidades com impacto no prognóstico, a sobrevida dos doentes em diálise é ainda menor face à população geral com a mesma idade. Alguns fatores que podem justificar este incremento da DRC são diversos, tais como o aumento da esperança de vida e da acessibilidade à diálise e à transplantação de doentes cada vez mais idosos, o agravamento da prevalência da diabetes e da HTA, o aumento da sobrevida associada às doenças cardiovasculares e neoplásicas e, também, a possível manutenção da ausência de critérios para início ou suspensão de diálise.

De facto, se é consensual que a HD contribui para o aumento da sobrevida do doente com DRC em qualquer idade, sabendo que a DRC se acompanha de comorbilidades variadas e graves (mais frequentemente nos doentes mais idosos), a TSFR pode não contribuir significativamente para a melhoria da sobrevida ou, então, isso verificar-se à custa de uma degradação do conforto e da QV (numa fase do percurso individual de cada um em que viver de acordo com as expectativas de conforto, sem submissão a terapêuticas agressivas e

com a manutenção de um tranquilo enquadramento sociofamiliar é tão importante como a discussão isolada sobre o tempo de vida.

Desta forma, há necessidade de modificar o paradigma da obrigatoriedade de oferecer o mesmo tratamento a todos os doentes, devendo estes ser esclarecidos das alternativas de cuidados de saúde perante um diagnóstico de DRC estágio 5.

Em Portugal, desconhece-se o número de doentes que, por ano, opta pelo TC da DRC em estágio 5, ou o número de doentes que opta por descontinuar os tratamentos de diálise, face à sobrecarga física e psicológica da técnica, sem melhoria significativa do estado geral. Todavia, de acordo com registos internacionais, calcula-se que os números possam ser significativos (DGS, 2012).

## 2. CARATERIZAÇÃO DO CASO

### 2.1. Avaliação inicial

Dados gerais:

Nome preferido: Sr. H

Idade: 80 anos

Motivo de internamento: trazido ao serviço de urgência (SU) por quadro de dificuldade respiratória que não se verificou e concomitantemente /alegada heteroagressividade, mas notou-se prostração marcada à observação.

Proveniência: institucionalizado em lar.

Diagnóstico clínico: admite-se infeção respiratória/ infeção do trato urinário;

DRC agudizada; hipoglicémia sintomática; hipercaliémia; hipernatrémia

Outros dados: observação do balcão do SU: doente muito prostrado. Mau estado geral e nutricional (caquexia). Pele e mucosas secas, desidratadas e descoradas.

Antecedentes pessoais:

- DRC estágio 5 secundária a provável nefropatia diabética em programa regular de HD desde Março/2018
- Diabetes Mellitus tipo II insulino-tratado com complicações microvasculares
- Hipertensão Arterial
- Insuficiência Cardíaca Congestiva
- Bloqueio Aurículo-Ventricular primeiro grau
- Status pós-Acidente Vascular Cerebral isquémico
- Anemia
- Glaucoma de ângulo fechado do olho esquerdo
- Dermatite de estase do membro inferior direito
- Síndrome demencial com ajuste recente de terapêutica
- Hipoacusia

Terapêutica do domicílio (à data da alta do último internamento):

- Insulina de ação intermédia 14 unidades de manhã e 6 unidades à noite

- Nifedipina 30 – 1 comprimido (cp.)/dia ao pequeno almoço
- Tansulosina 0.4mg/dia
- Quetiapina 25mg 1cp. 3x/dia
- Memantina 10mg/dia
- Trazodona 150mg - 1/3cp. à noite
- Ácido fólico - 1cp. 3x/semana na HD
- Complexo B - 1cp. 3x/semana na HD

Alergias: Aspirina, Diclofenac, Ibuprofeno, Nimesulida.

Autocuidado: semi-acamado, dependente nas suas atividades de vida diárias.

Observações:

Úlcera de pressão calcâneo esquerdo

Maceração perineal

Pele seca e descamativa

Pálido, desidratado, emagrecido.

Relações sociais: sem família

Condições socioeconómicas e habitacionais: reside num lar.

## **2.2. História clínica**

27-10-2018 / 09:21: Nefrologia

### **NOTA DE ENTRADA**

Doente do sexo masculino, 79 anos, dependente nas atividades de vida diária, semi-acamando residente em lar, solteiro, sem filhos. Apresenta como antecedentes pessoais atrás referidos.

Trazido ao SU a 14/10 por quadro de agitação psicomotora, tendo-se verificado hipercaliémia, tendo sido medicado com medidas médicas para correção de hipercaliémia. No último registo no SU, terá sido corrigida hipoglicémia (glicémia capilar (GC) 22mg/dl) com 2 formúlas de glucose hipertónica, e tendo tido alta de novo para o lar passadas 28 horas da admissão.

Novamente trazido a 26/10 pelos Bombeiros por dificuldade respiratória, que não se objetivou em balcão. Referia-se história de agressividade, mas em balcão quando observado apresentava prostração marcada, sem contactatos de familiares de referência. Existe história de alegada tentativa de suspensão de terapêutica dialítica, não se tendo encontrando registo nem informação acompanhando o doente a confirmar essa decisão.

Na observação em balcão do SU "nota-se o doente muito prostrado, mas consciente e colaborante dentro dos possíveis. Mau estado geral e nutricional (caquexia). Pele e mucosas secas desidratadas e palidez cutâneo mucosa generalizada, ligeira/ icterico; eupneico em repouso com saturação periférica de 97% em ar ambiente, apirético (36,6°C), tensão arterial: 124/49 mmHg; frequência cardíaca: 81 b/min, membros inferiores sem edemas periféricos, pele seca e atrofica". Realizou exames complementares de diagnóstico.

Foi admitida infeção respiratória e hipercaliémia, tendo feito correção de hipercaliémia em balcão e iniciado antibioterapia com ceftriaxone.

Por hipoglicémia, fez 3 formúlas de glucose hipertónica, escalada antibioterapia para piperacilina+tazobactam (sem colheita de exames culturais) e foi transferido para o Serviço de Nefrologia, onde à chegada, apresentava novamente GC 38mg/dl, com necessidade de instituição de soroterapia com soro glicosilado durante toda a noite e com novos episódios de hipoglicemia de manhã hoje com GC 78mg/dl (em descida).

Foi tranferirido para a Nefrologia dia 27/10, na observação: doente vígil, pouco colaborante, com discurso pouco informativo; mucosas descoradas e hidratadas, anictéricas; apirético (36,8°C); hemodinamicamente estável (tensão arterial: 120/78mmHg, frequência cardíaca: 120bpm); polipneico em ar ambiente com saturação periférica 98%.

PLANO:

- Ajusto prescrição. Fica com glucose a 30% prescrita e com indicação para parar se GC > 200mg/dl a 28/10. Faz hoje 3 horas de HD convencional com balanço hídrico -1000cc. Reavaliação segunda-feira. Sem indicação para manobras invasivas de suporte vital

29/10/2018

OCORRÊNCIAS:

- Fez HD a 27/10/2018 com perdas -1000cc; manteve-se febril até 27/10 à tarde

e desde então subfebril - Mais acordado e sem novos episódios de hipoglicemia.

#### VIGILÂNCIAS

- Tem mantido estabilidade hemodinâmica; eupneico em ar ambiente com oximetrias estáveis

#### OBSERVAÇÃO:

- Doente vígil, pouco colaborante, mas com abertura espontânea de olhos e dirigindo o olhar; mucosas coradas e hidratadas, anictéricas; subfebril (37,6°C); Hemodinamicamente estável com tensão arterial: 147/66mmHg, frequência cardíaca: 93bpm; eupneico em ar ambiente com saturação periférica 98%

- DRC estágio 5 - em programa regular de HD até agora, com plano de suspensão por deterioração do estado geral - prescrevo furosemida 80mg 2x/dia e peço para avaliar peso de fraldas e perceber subjetivamente diurese

- Hipoglicemia iatrogênica- resolvida e suspende-se soro hoje

#### PLANO:

- Ajusto prescrição; deixo diálise suspensa para amanhã. Reavaliação laboratorial para avaliar necessidade de resina. Sem indicação para manobras invasivas de suporte vital

30/10/2018

#### OCORRÊNCIAS:

- Fez HD a 27/10/2018 com perdas -1000cc; confirmou-se com equipa de enfermagem e com o doente que este já se encontrava anúrico, mantém picos febris e subida de parâmetros inflamatórios. Secreções brônquicas abundantes e espessas

#### VIGILÂNCIAS:

- Tem mantido estabilidade hemodinâmica; eupneico em ar ambiente com oximetrias estáveis

#### OBSERVAÇÃO:

- Doente vígil, colaborante, com discurso coerente; mucosas coradas e hidratadas, anictéricas; subfebril (37,2 - 38,0°C); hemodinamicamente estável com tensão arterial: 108/55mmHg, frequência cardíaca: 98bpm); eupneico com oxigénio por óculos nasais 1L/min com saturação periférica 96%

#### PROBLEMAS ATIVOS:

- Doente em HD em quarto dia de antibioterapia com subida de parâmetros

inflamatórios e mantendo febre, DRC estágio 5 em programa regular de HD até agora, com plano de suspensão por deterioração do estado geral, fica com ultrafiltração se necessário.

PLANO:

- Ajusto prescrição; prescrevo acetilcisteína; sem indicação para manobras invasivas de suporte vital.

31/10/2018

Verificado o óbito às 18h15, Certificado de óbito n.º 1005764754.

### **3. PROCESSO DE ENFERMAGEM**

#### **3.1. Diagnósticos e intervenções de Enfermagem**

A aplicação do processo de enfermagem, inicia-se pela avaliação inicial do doente, conhecendo a sua história clínica, terapêutica, padrões habituais, família/cuidadores, seus valores/crenças/religiosidade, e após o planeamento da ação de enfermagem de acordo com diagnósticos e intervenções, utilizando linguagem CIPE®, não esquecendo da individualização de cuidados a cada doente.

Após avaliação do doente, foram realizados os diagnósticos de enfermagem relacionada com a problemática percebida e estabelecidas as respetivas intervenções de enfermagem, que passo apresentar seguidamente.

O modelo de Roy centra-se no conceito de adaptação da pessoa. O enfermeiro assim tem como principal objetivo ajudar a adaptação da pessoa gerindo o ambiente e procurando como resultado a obtenção de um nível ótimo de bem estar por parte da pessoa (Tomey & Alligood, 2004).

Pensando na doença crónica, o fim da vida deve ser encarado como uma etapa de adaptação ao processo da morte e desta forma uma componente integrante na intervenção de enfermagem para com o doente e família.

<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
<b>Limpeza das vias aéreas, Ineficaz</b>	Aspirar: secreções Vigiar: reflexo de tosse Vigiar: respiração Vigiar: secreções
<b>Queda, Alto risco de</b>	Alto risco de Queda Manter: plano da cama baixo Otimizar: ambiente físico
<b>Úlcera de Pressão, Alto Risco de</b>	Aplicar: creme hidratante Posicionar: a pessoa Vigiar: pele Aplicar: dispositivo de alívio de pressão
<b>Tosse, Presente</b>	Vigiar: reflexo de tosse Vigiar: respiração Vigiar: secreções Vigiar: tosse
<b>Dispneia, Presente</b>	Aspirar: secreções Avaliar: estado de consciência Monitorizar: sinais vitais Otimizar: oxigenoterapia Posicionar: a pessoa Vigiar: pele Vigiar: reflexo de tosse Vigiar: respiração Vigiar: secreções Vigiar: sinais de dificuldade respiratória Vigiar: tosse
<b>Auto controlo: continência intestinal, Ineficaz</b>	Otimizar: fralda Vigiar: a eliminação intestinal
<b>Auto Controlo: continência urinária, Ineficaz</b>	Otimizar: fralda Vigiar: eliminação urinária
<b>Auto cuidado higiene, Dependente, em grau elevado</b>	Dar banho: banho cama
<b>Auto cuidado alimentar-se, Dependente, em grau elevado</b>	Alimentar: pessoa
<b>Aspiração, Risco de</b>	Posicionar: a pessoa Vigiar: reflexo de tosse Vigiar: tosse Aplicar: espessante na dieta líquida Vigiar: reflexo de deglutição
<b>Maceração, Presente</b>	Aplicar: creme hidratante Vigiar: pele Executar: tratamento à maceração
<b>Posicionar-se, Dependente, em grau elevado</b>	Posicionar: a pessoa Aplicar: colchão anti úlcera de pressão
<b>Úlcera de Pressão, Presente em grau muito elevado</b>	Aplicar: creme hidratante Posicionar: a pessoa Vigiar: pele Aplicar: dispositivo de alívio de pressão Monitorizar: úlcera de pressão Vigiar: penso
<b>Hiperglicemia, Risco de</b>	Gerir: dieta Monitorizar: glicémia capilar Vigiar: sinais de hipoglicemia/hiperglicemia
<b>Hipoglicemia, Risco de</b>	Gerir: dieta Monitorizar: glicemia capilar Vigiar: sinais de hipoglicemia/hiperglicemia
<b>Dor, Presente</b>	Monitorizar: sinais vitais Monitorizar: a dor através da escala do observador Vigiar: dor
<b>Comunicação, Ineficaz</b>	Apoiar: o doente Otimizar: comunicação
<b>Prurido, Presente</b>	Aplicar: creme hidratante Vigiar: pele
<b>Consciência Comprometido</b>	Avaliar estado de consciência: escala de Glasgow
<b>Morte, Presente</b>	Executar: procedimentos pós-morte Promover: suporte emocional

## 4. REFLEXÃO/DISCUSSÃO

A realização deste estudo de caso foi uma experiência enriquecedora para o meu desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista, mas senti algumas limitações e dificuldades devido à pouca experiência e prática do contexto de suspensão do tratamento dialítico.

Ao longo da minha prática clínica, deparo-me cada vez mais com inquietações acerca dos cuidados de enfermagem a prestar à Pessoa com alteração da eliminação renal, sendo esta cada vez mais idosa, com várias comorbilidades e maior prevalência na HD. A evolução tecnológica dos procedimentos traz avanços e ganhos em saúde, mas será sempre esta a necessidade da população?

Estas e outras questões surgiram no decorrer desta experiência: será sempre a diálise a resposta? Há quanto tempo estaria este doente na clínica de HD, a realizar o seu programa habitual nestas condições debilitado, emagrecido, sem vida de relação? Que medidas de suporte/conforto foram oferecidas a este doente? As questões éticas para a pessoa em fim de vida foram salvaguardadas? A questão da beneficência, da não maleficência... O que é melhor para esta doente sem QV? Quem deve tomar a decisão de suspender HD e de que forma? Que critérios devem ser usados?

Algumas destas perguntas não têm resposta, o que me levou a trabalhar este tema, pensando um caminho que deve ser traçado, na qualidade dos cuidados ao DRC, e os profissionais de saúde têm de ser capazes de multidisciplinarmente apresentar uma resposta eficaz e eficiente a estas necessidades dos doentes.

As comorbilidades associadas à DRC, a população envelhecida trazem estes desafios à sociedade, e cada vez mais idosos iniciam HD e o interesse pelas técnicas não dialíticas alternativas para o último estágio da DRC também está a aumentar, admitindo-se que os doentes têm o direito de recusar iniciar diálise, nomeadamente os doentes idosos e/ou com várias comorbilidades (O'Connor & Kumar, 2012).

Este estudo de caso, fez-me refletir, que na prática clínica, apesar destas premissas da literatura, o DRC idoso em HD e com várias comorbilidades, durante a observação deste campo de estágio, não reúne as capacidades

necessárias para a autonomia da decisão para realizar ou não HD. Neste caso em particular, o doente não tem família, nem cuidador legal, é residente em lar e sozinho.

A lei número 31/2018 estabelece um conjunto de direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, consagrando o direito a não sofrerem de forma mantida, disruptiva e desproporcionada. Define que uma pessoa se encontra em contexto de doença avançada e em fim de vida quando é portadora de doença grave, que ameace a vida, em fase avançada, incurável e irreversível e exista um prognóstico vital estimado de 6 a 12 meses.

Perante a dificuldade de classificar quando o doente deve receber CP e/ou apresenta elevado risco de morte, a literatura tem mostrado alguns instrumentos úteis, como é o caso da questão surpresa “Ficaria surpreso se este doente morresse nos próximos 12 meses?” assim como o índice funcional, nomeadamente a a escala de Karnofsky como um indicador de prognóstico (ANNA, 2017). Apesar das limitações desta ferramentas, os estudos tem demonstrado vantagens na utilização e aplicação na população com DRC.

No caso em particular do Sr. H, pelo seu estado debilitado e discurso pouco fluente e por vezes desorientado, não participou ativamente no seu plano terapêutico, nem existe referência no processo antigo acerca da sua vontade e desejo para o seu plano terapêutico, e não tem familiares nem cuidador de referência. Neste contexto de doença avançada e de fim de vida, o doente tem direito a dar o seu consentimento antecipado para as intervenções clínicas, desde que previamente informado e esclarecido pela sua equipa multidisciplinar.

Pelo artigo 10º, da lei número 31/2018, as decisões terapêuticas, caso a pessoa em contexto de doença avançada e em fim de vida nisso consinta, podem ser assistidas pelos seus familiares ou cuidadores na tomada das decisões sobre o seu processo terapêutico. No caso do sr. H, não tendo família direta nem cuidador formal, e neste caso em particular, não existindo este documento de consentimento informado, nem diretiva antecipatória de vontade do próprio, a equipa de saúde assume a responsabilidade pelo melhor cuidado. A mesma lei prevê que a pessoa em contexto de doença avançada e em fim de vida tem direito a dar o seu consentimento, contemporâneo ou antecipado para as intervenções clínicas de que seja alvo.

Pelo artigo 5º da mesma lei, o doente após devidamente informado sobre as consequências previsíveis desta opção, têm direito a recusar, nos termos da lei, o suporte artificial das funções vitais e a recusar a prestação de tratamentos não proporcionais nem adequados ao seu estado clínico e tratamentos, de qualquer natureza, que não visem exclusivamente a diminuição do sofrimento e a manutenção do conforto do doente, ou que prolonguem ou agravem esse sofrimento.

Em contexto de doença avançada e em fim de vida, os doentes têm direito a receber cuidados paliativos (CP) através do Serviço Nacional de Saúde, o apoio espiritual e o apoio religioso, caso o doente manifeste tal vontade, bem como o apoio estruturado à família, que se pode prolongar à fase do luto. No caso dos doentes com DRC, são tardiamente enviados para CP, a literatura assim o confirma.

O Sr. H não tem família nem representante legal, e não se encontrar em pleno uso das suas faculdades mentais, é o médico responsável e a equipa de saúde que o acompanha, quem compete tomar as decisões clínicas, ouvida a família se existir, no exclusivo e melhor interesse do doente e de acordo com a vontade conhecida do mesmo, de acordo com a lei número 31/2018. Esta foi a premissa tomada, pela equipa médica do Sr. H.

No respeito pelos preceitos éticos que regem a atividade médica, e sem prejuízo da livre e informada opção do doente, deve ser ponderado o TC da DRC 5, quer como primeira opção quer na suspensão de terapêutica de substituição da função renal, sempre que a situação clínica, mormente pela coexistência de comorbilidade que configure doença avançada e progressiva, faça prever que o tratamento dialítico não contribuirá para a reversão do seu estado mórbido, para o alívio da sua sintomatologia, para o prolongamento da vida do doente ou para a melhoria da sua qualidade (DGS, 2012).

Ainda acerca da tomada de decisão, como enfermeira especialista este caso de estudo, alertou-me para a existência das diretivas antecipadas de vontade em matéria de cuidados de saúde e testamento vital.

Durante esta atividade, como enfermeira esta situação exige ponderação nos princípios da bioética tais como dignidade humana, vulnerabilidade, autonomia, QV, justiça e equidade, não esquecendo os princípios da beneficência

e da não maleficência (R. A. da Silva, 2013) que vão de encontro com os enumerados na literatura.

Neste contexto de proximidade e de relação terapêutica que se estabelece entre enfermeiro e doente, o enfermeiro tem uma posição privilegiada na defesa pelos direitos, valores e desejos do doente. Nesta fase de fim de vida, é importante promover a relação de ajuda, utilizando uma comunicação eficaz e escuta ativa, de forma que o doente /família se sintam apoiados, compreendidos e acompanhados.

Os resultados pretendidos da intervenção do enfermeiro são principalmente o conforto e bem-estar, o alívio do sofrimento físico, psicológico e espiritual pelo que toda a intervenção de enfermagem deve ser centrada e individualizada de acordo com as necessidades do doente e família.

Este estudo de caso levou-me a refletir sobre esta temática o código deontológico dos enfermeiros e a conduta da profissão de Enfermagem. As intervenções de enfermagem devem ser realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, com o objetivo de proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum (OE, 1996).

Como enfermeira devo participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a QV da pessoa durante todo o ciclo vital incluindo o fim de vida. Pelo artigo 108º o enfermeiro assume o dever defender e promover o direito da pessoa à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem em situação de fim de vida; respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pela pessoa em situação de fim de vida, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas e Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte (OE, 1996).

Face a esta problemática, a DGS criou uma norma de orientação, acerca das opções de tratamento, norma número 17/2011, atualizada em 2012 - Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5. Surgiu com objetivo de apresentar o TC como opção esclarecida e a eventual suspensão de diálise, particularmente em doentes com diversas e graves comorbilidades (DGS, 2012).

No contexto português, e de acordo com a referida norma, o TC consiste na aplicação de medidas terapêuticas sem recorrer à diálise, em situações que

não está indicado ou não é possível efetuar transplante ou, ainda, quando este não faculta uma esperança e uma QV superiores à oferecida pelo TC. Assim, o TC é a aplicação de tratamentos não invasivos e de medidas cujos objetivos são: eliminar ou atenuar os sintomas de doença, proporcionando o maior bem-estar e o menor sofrimento possíveis; e fornecer apoio não diferenciado (acompanhamento, alimentação, higiene pessoal, levante, manutenção do domicílio) quando necessário.

São indicações para o tratamento conservador: a opção consciente e informada do doente; coma irreversível; ausência irreversível de vida de relação; estado demencial grave e irreversível; impossibilidade técnica ou clínica de tratamento dialítico e de transplantação renal; coexistência de outra doença que condicione curta esperança de vida; coexistência de outra doença ou condição, física ou psíquica, que condicione, previsivelmente, severo e irreversível sofrimento (DGS, 2012).

O TC não inclui diálise, o que não implica uma filosofia “sem cuidados” nem que a morte é iminente. Na verdade, o cuidado é holístico e centrado no doente, recorrendo a uma equipa multidisciplinar com a finalidade de atrasar a progressão de doença renal; minimizar as complicações da DRC; tomada de decisão compartilhada; comunicação eficaz incluindo planeamento antecipado de cuidados; gestão dos sintomas; apoio psicológico, social e familiar; e apoio no cuidado cultural e espiritual (Davison et al., 2015).

Assim, o TC fornece uma visão holística, em que os cuidados são centrados no doente percorrendo um processo da melhor escolha do caminho de cuidado que visa preservar a sua função e QV, através da gestão da doença, no controle dos sintomas e cuidados de até o fim da vida (Wasylynuk & Davison, 2017).

Da experiência vivenciada, verifiquei que a inclusão da equipa de CP para controlo de sintomas foi ponderada, porém foi tardia pois o doente faleceu entretanto. Esta prática clínica vai de encontro à literatura consultada, que a referência é tardia e ou negligenciados os CP (Axelsson, Randers, Jacobson, & Klang, 2011). Desta forma, como sugestão de melhoria de cuidados prestados, a integração da filosofia de CP conjuntamente com a técnica da diálise, aquando de doença avançada e final de vida. A instituição precoce dos CP é importante para a melhoria da QV destes doentes (Moura Neto, Moura, & Suassuna, 2017).

Na lei portuguesa número 31/2018, no artigo 6º contempla o direito da pessoa em contexto de doença avançada, o direito a receber CP através do SNS, sendo estes prestados por equipa multidisciplinar credenciados em ambiente hospitalar, domiciliário ou em instituições residenciais.

Durante avaliação diária do Sr. H, aquando do seu prognóstico vital se previa dias ou horas, pelo apresentar sintomas de sofrimento recebeu sedação paliativa com fármacos sedativos (morfina), o que vai de encontro aos princípios de boa prática clínica e consagrado na lei número 31/2018.

Suspender hemodialise é uma decisão mais difícil para o doente e família, do que não iniciar o tratamento (H. Noble, 2008). Desta forma, o planeamento antecipado pode ser útil, para os doentes e os profissionais de saúde, dando ao doente o empowent e gestão da sua doença, evitando em fases tardias e em que o doente não está capaz de tomar as decisões, como foi o caso do Sr. H, que nada se soube acerca dos seus desejos.

Neste contexto do fim de vida e o planear a morte verifiquei que culturalmente e pela religião católica, os portugueses em geral não abordam o tema. Os próprios profissionais têm dificuldade em o fazer com os seus doentes, exceto as equipas de CP que se encontram aptas e mais competentes nesta área.

Contudo, todas as equipas de saúde devem preparar-se para lidar com esta problemática pois com a existência de diretrizes na lei portuguesa para a autonomia e individualidade de cada pessoa seja mantida até à morte colocamos novos desafios. São exemplos a lei número 25/2012, de 16 de Julho, que regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o registo nacional de testamento vital.

O Testamento Vital é um documento onde o cidadão pode inscrever os cuidados de saúde que pretende ou não receber e permite também a nomeação de um procurador de cuidados de saúde. Após preenchimento de um formulário com o modelo de diretiva antecipada de vontade, deve ser entregue no agrupamento de centros de saúde, ou na unidade local de saúde, da área de residência de cada pessoa. Após, o Testamento Vital será registado num sistema informático da saúde, o RENTEV (Registo Nacional do Testamento Vital), (Serviço Nacional de Saúde, 2016).

O RENTEV é um sistema de informação desenvolvido pelo Ministério da Saúde que possibilita a receção, registo, organização e atualização de toda a informação e documentação relativas ao documento de diretivas antecipadas de vontade e à procuração de cuidados de saúde, para todos os cidadãos nacionais, estrangeiros e apátridas residentes em Portugal. O RENTEV é suportado por uma base de dados de âmbito nacional, que centraliza e mantém atualizados os Testamentos Vitais garantindo a sua consulta aos cidadãos (e ao respetivo procurador de cuidados de saúde, caso exista), através do Portal do Utente, e aos médicos responsáveis pela prestação de cuidados de saúde através do Portal do Profissional (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2018).

De acordo com a lei número 25/2012 as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, são o documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz, que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente.

O pensamento relativo à suspensão de diálise é como semelhante ao suicídio, mesmo hoje em dia é mais aceitável a tomar a decisão de não embarcar em diálise, mas algumas equipas acreditam que a maioria, senão todos os doentes necessitando de diálise deve realizar o tratamento (H. Noble, 2011). Contudo existe uma maior conscientização entre profissionais de saúde de nefrologia que a diálise em determinados doentes pode não melhorar sua taxa de sobrevivência e pode não ter um impacto considerável na QV.

Na unidade de diálise, onde o foco está no manuseamento tecnológico e manutenção da vida, o fim da vida ou CP podem ser negligenciados. Penso que a resposta pode passar pelo planeamento antecipado de um percurso, envolvendo várias vertentes como CP para gestão e controlo de sintomas, e posteriormente o apoio de infraestruturas como lares e rede cuidados continuados em ligação estreita nos casos que o doente reúna condições para permanecer em comunidade e em família.

Existiu outra questão pouco esclarecida que foi o facto de no processo

clínico estar escrito decisão de não reanimar, e não acompanhar logo a desprogramação de diálise não ser. A inutilidade de uma atitude terapêutica ou o não encarniçamento terapêutico são decisões da dimensão ética como base no valor fundamental da dignidade da vida humana. Neste sentido, compete à equipa de saúde deliberar, de acordo com a análise dos princípios éticos e respeitando os seus códigos deontológicos, qual o caminho a seguir. Sendo sempre uma decisão médica, a equipa de enfermeiros, não foi envolvida, contudo é pertinente a envolvimento de toda a equipa multidisciplinar.

Pela avaliação do processo foi transmitido que este doente, a realizar HD 4 horas e 3 vezes por semana na clínica de HD, perante o estado geral do doente houve uma ponderação de suspender o tratamento, mas não veio nenhuma referência no processo a esta situação. Quando foi internado, a equipa médica reduziu o tempo de duração da sessão de HD, pelo seu quadro geral e por má tolerância do tratamento. Da prática clínica, habitualmente verifiquei este é uma das primeiras intervenções assim como conversar com a família de forma a planear os melhores cuidados.

Na minha interpretação de cuidados, existe a ideia de que um doente pode decidir rejeitar a diálise é visto como impensável, mas a suspensão de diálise ocorre, pois são os únicos números contabilizados pela SPN. Portanto atrevo-me a dizer que as equipas de saúde não compreendem o conceito de "QV" de acordo com a individualidade de cada doente, havendo necessidade formação dos elementos das equipas de Nefrologia nesta área.

O desenvolvimento de equipas especializadas nesta área são fundamentais para a prestação de cuidados especializados para os doentes que declarem ou suspendem a diálise pois os dados existentes na literatura sugerem que estas equipas são bem-sucedidas no controle de sintomas, no planeamento avançado de cuidados e apoio familiar (O'Connor & Kumar, 2012).

## 5. CONCLUSÃO

A elaboração deste estudo de caso constituiu um permanente desafio pois o tema TC e a suspensão de HD na DRC não é uma prática geral comum nos cuidados e durante a sua operacionalização percebi que existem algumas barreiras e lacunas, pois a equipas de saúde estão treinadas e centradas na intervenção direta nos processos da doença e no seu tratamento de opção dialítica.

Contudo todas as inquietações e dificuldades que surgiram ajudaram-me a adquirir conhecimentos acerca do TC e suspensão de HD no doente com DRC numa perspectiva de melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem.

Sendo o TC a opção de não realizar diálise, e uma opção esclarecida e tomada por parte do doente, este estudo de caso demonstrou-me que na prática clínica, à semelhança do Sr. H., serão poucos os doentes no contexto português identificados em TC, pois na decisão do tratamento a opinião médica tem muito peso e é espetável que o doente opte por fazer algum tratamento também porque a norma define situações a avaliar para TC e algumas são consideradas duvidosas para alguns médicos.

Existe a necessidade de modificar o paradigma da obrigatoriedade de oferecer o mesmo tratamento a todos os doentes, devendo estes ser esclarecidos das alternativas de assistência em saúde perante um diagnóstico de DRC estágio 5.

Face ao envelhecimento da população, do aumento da prevalência de doenças crónicas e da expansão contínua das tecnologias de manutenção da vida, antevêo que o TC caminhe para ser um tema pertinente e de discussão no meio, com impacto crescente sobre a prática do nefrologista e com o surgimento de orientações e regulações sobre o acesso a diálise, e como enfermeira e parte integrante da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados, serão as competências desenvolvidas que me vão permitir responder de uma forma dinâmica às necessidades de cuidados de saúde da população com DRC estágio 5.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, S. R. de, Ruoff, A. B., Piccoli, T., Schmitt, M. D., Ferreira, A., & Cristina, A. A. X. (2017). O Estudo De Caso Como Método De Pesquisa Em Enfermagem: Uma Revisão Integrativa. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(4), 1–12. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>
- ANNA. (2017). *Contemporary Nephrology Nursing*. (Sandra M. Bodin Editor, Ed.) (3rd Editio).
- Axelsson, L., Randers, I., Jacobson, S. H., & Klang, B. (2011). Living with haemodialysis when nearing end of life. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 45–52. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00902.x>
- Bello, A. K., Perry, I. J., Bochud, M., Ferraro, P. M., Holmen, J., Lupo, A., ... Navis, G. (2015). CKD Prevalence Varies across the European General Population. *Journal of the American Society of Nephrology*, 27(7), 2135–2147. <https://doi.org/10.1681/asn.2015050542>
- Davison, S. N., Levin, A., Moss, A. H., Jha, V., Brown, E. A., Brennan, F., ... Obrador, G. T. (2015). Executive summary of the KDIGO Controversies Conference on Supportive Care in Chronic Kidney Disease: Developing a roadmap to improving quality care. *Kidney International*, 88(3), 447–459. <https://doi.org/10.1038/ki.2015.110>
- DGS. (2012). Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crônica Estádio 5. *Norma Da Direção-Geral Da Saúde n.º 017/2011 de 28/09/2011 (Atualizado a 14/06/2012)*, 1–35.
- EDTNA/ERCA. (2000). Nephrology Nurse Profile.
- EDTNA/ERCA. (2011). *Conservative Management in Advanced Kidney Disease - A guide to clinical practice*.
- Galdeano, L. E., Rossi, L. A., & Zago, M. M. F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 371–375. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692003000300016>
- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional*. (P. Alegre, Ed.) (4ª edição). Artemed.
- Hobbs, F. D. R., Hill, N. R., Hirst, J. A., Oke, J. L., O'Callaghan, C. A., Fatoba, S.

- T., & Lasserson, D. S. (2016). Global Prevalence of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos One*, 11(7), e0158765. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158765>
- KDIGO. (2012). Guidelines for evaluation and management of chronic kidney disease in adults. *Official Journal Of the InternatiOnal SOciety Of Nephrology KDIGO*, 3(1). <https://doi.org/10.1038/kisup.2012.76>
- Ministério da Saúde. (2014). GID: Gestão Integrada da Doença. Retrieved February 25, 2019, from <https://gid.min-saude.pt/irc.php>
- Moura Neto, J. A., Moura, A. F. de S., & Suassuna, J. H. R. (2017). Renouncement of renal replacement therapy: withdrawal and refusal. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 39(3), 312–323. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20170054>
- Noble, H. (2008). Supportive and palliative care for the patient with end-stage renal disease. *British Journal of Nursing*, 17(8), 498–504. <https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.8.29202>
- Noble, H. (2011). An aging renal population – is dialysis always the answer? *British Journal of Nursing*, 20(9), 545–547. <https://doi.org/10.12968/bjon.2011.20.9.545>
- O'Connor, N. R., & Kumar, P. (2012). Conservative Management of End-Stage Renal Disease without Dialysis: A Systematic Review. *Journal of Palliative Medicine*, 15(2), 228–235. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0207>
- Ordem dos Enfermeiros. (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro - REPE - Decreto -Lei nº 161/96. *Diário Da República — I Série-a* (21-4-1998), 1739–1757. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/175784>
- RNEHRNEFROLOGIA. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - nefrologia. *Sns*, 64. <https://doi.org/10.1016/j.petrol.2010.03.031>
- Serviço Nacional de Saúde. (2016). Testamento Vital. Retrieved October 30, 2018, from <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/testamento-vital/>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2018). Testamento Vital. Retrieved October 30, 2018, from <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/testamento-vital.aspx>
- Silva, R. A. da. (2013). Bioética e Fim de Vida. *Revista Percursos*. Retrieved from

[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9263/1/Revista  
n28\\_Bioética e Fim de Vida - Princípios éticos.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9263/1/Revista_n28_Bioética_e_Fim_de_Vida_-_Princípios_éticos.pdf)

- Song, M. K. (2016). Quality of Life of Patients with Advanced Chronic Kidney Disease Receiving Conservative Care without Dialysis. *Seminars in Dialysis*, 29(2), 165–169. <https://doi.org/10.1111/sdi.12472>
- SPN. (2018). Gabinete do Registo da Doença Renal Crónica da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, 1–118. Retrieved from [http://www.spnephro.pt/tratamento\\_da\\_doenca\\_renal\\_terminal/2018/tratamento\\_da\\_irct/305](http://www.spnephro.pt/tratamento_da_doenca_renal_terminal/2018/tratamento_da_irct/305)
- Stake, R. (2009). *A Arte de Investigação com Estudos de Caso*. (Fundação Calouste Gulbenkian, Ed.) (2ªed.). Lisboa.
- Stengel, B., Levey, A. S., Gansevoort, R. T., Feldman, H. I., Wiecek, A., Harris, D. C., ... Hu, J.-R. (2017). Action plan for determining and monitoring the prevalence of chronic kidney disease. *Kidney International Supplements*, 7(2), 63–70. <https://doi.org/10.1016/j.kisu.2017.07.002>
- Thomas, N., Corinne, J., & Cunha, J. M. (2005). *Enfermagem em Nefrologia* (segunda ed).
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de enfermagem*. (Lusociência, Ed.) (5ª ed). Loures.
- Wasylynuk, B. A., & Davison, S. N. (2017). Conservative kidney management: An alternative care pathway for patients unlikely to benefit from dialysis. *CANNT Journal*, 27(2), 35–41. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=123661266&site=ehost-live>

Apêndice VII:  
Experiência vivenciada na consulta de TR com dador cadáver

## **Experiência vivenciada na consulta de após TR**

Durante a experiência neste campo de estágio, tive oportunidade de passar um dia na unidade de DP e consulta após TR, pois a minha enfermeira orientadora para além de prestar funções no internamento, faz parte também da equipa de enfermagem da DP e consulta após TR. Devido à experiência adquirida no anterior campo de estágio, a minha intervenção e interesse focou-se no TR de forma adquirir competências nesta área.

Esta unidade em 2017 acompanhou 210 utentes, a maioria do sexo masculino, com idades compreendidas entre 61-70 anos. Os doentes que recorreram a unidade neste dia efetuaram TR dador cadáver, com necessidade prévia de uma das TSFR (maior percentagem em HD) e já se encontram na fase após transplante tardio (vários anos).

A TR é uma técnica cirúrgica que consta em implantar no abdómen do indivíduo recetor (numa fossa ilíaca) um rim de dador cadáver ou dador vivo, sendo a sua maior vantagem a colocação de um órgão com iguais funções (DGS, 2012).

Na literatura, a TR é considerada a melhor opção do tratamento da DRC em estágio 5 por apresentar melhor custo-benefício, sobrevida, qualidade e expectativa de vida superior comparando com a diálise (Thomas et al., 2005).

A lei portuguesa número 22/2007 estabelece as normas de qualidade e segurança em relação à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de tecidos e células de origem humana, na parte respeitante à dádiva e colheita de tecidos e células de origem humana (ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA, 2007). É importante referir que todos os cidadãos portugueses são potenciais dadores, expeto se decisão individual manifestada e registada no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA) (ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA, 2007).

A proposta de TR é efetuada após avaliação pelo nefrologista assistente em consulta de pré-transplante e depois de todos os momentos da avaliação de pré transplante ser concluída e satisfatória, o nome do doente é acrescentado à lista de espera nacional para transplantação por dador cadáver. Esta lista, a partir de um conjunto de critérios (tempo de diálise, idade, comportamentos de risco, histocompatibilidade) que permitem selecionar o par dador-recetor, sendo

a cada candidato atribuído um grau de urgência clínica respeitando os princípios da equidade e ética médicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Este momento de espera é causador de ansiedade pelo tempo de espera impossível de prever assim como pela incompreensão do doente pelo conceito desta lista de espera. Desta forma é necessário explorar medos e ansiedades neste contexto e dar apoio ao doente de forma a permanecer o mais ativo possível e saudável, a continuar a sua vida de forma normal até à sua chamada.

Nesta unidade hospitalar verifiquei que o doente quando é chamado para a cirurgia é internado na Urologia e todos os cuidados imediatos são efetuados nesta unidade. Após alta clínica prevista entre 10/15 dias após, o doente é referenciado à consulta após TR para a vigilância e os cuidados após transplante, na unidade de nefrologia/gastrologia. Este facto implica que os cuidados imediatos não são prestados por enfermeiros da área de Nefrologia, e ainda a necessidade de transmissão de cuidados seguros entre equipas de enfermagem e os vários circuitos do doente.

A primeira consulta de após TR na unidade ocorre no dia da alta da Urologia e contempla a avaliação inicial do doente, o conhecimento da nova equipa multidisciplinar (enfermeiro, nefrologista, assistente operacional, dietista, assistente social, administrativo) transmitindo informações gerais ao doente e família acerca da organização, dinâmica e funcionamento da unidade. Nesta consulta o enfermeiro avalia/esclarece/capacita para os cuidados específicos como a gestão terapêutica, o conhecimento para o autocuidado e para os hábitos saudáveis adequando a cada pessoa individual.

Após esta consulta inicial estes doentes recorrem ao hospital para consultas externas geralmente de 3/3meses onde efetuam a consulta de enfermagem e após a consulta médica.

A avaliação de enfermagem inicia-se com avaliação do estado geral do doente, uma breve história desde a última consulta procurando saber possíveis complicações tardias e avaliar a adesão e gestão do regime terapêutico. São avaliados sinais vitais, valores antropométricos, colheita de sangue para análises (hemograma, bioquímica e doseamentos de imunossupressores) e análise de urina.

Nesta experiência vivenciada com o doente após TR foi notória que todos os doentes referiram várias vezes “que foi o melhor que lhes podia acontecer,

tirarem-me daquela vida dos tratamentos de diálise, que agora sentiam que tinham QV e liberdade na sua vida, podiam beber a água que lhes apetecesse” esquecendo que são detentores de uma doença crónica. As mudanças em sua vida após o transplante apresentam-se de forma positiva, como o fato de poder ingerir água, pois é algo marcante no contexto da doença e, principalmente, durante o tratamento dialítico (Santos et al., 2018).

A literatura refere que um transplante bem sucedido liberta o doente das dificuldades práticas, psicológicas e restrições da diálise como a dependência de uma máquina, saco de líquido e dependentes de um cuidador, libertação das restrições hídricas e dietéticas, recuperação do funcionamento sexual e da fertilidade e uma recuperação de um estilo de vida quase normal (Thomas et al., 2005).

Cabe à equipa de saúde esclarecer que mesmo com um TR bem sucedido, o doente continua a viver com uma doença crónica e que necessita seguir um regime terapêutico (Souto, Costa, França, & Marques, 2016). Apesar de todas as vantagens, o TR exige dos doentes a adoção de estilo de vida diferenciado em relação à alimentação, higiene, medicamentos e cuidados com a saúde em geral que exige constante acompanhamento pela equipe de saúde.

O enfermeiro em comparação aos demais profissionais, está em contato direto com o doente transplantado e, por esta razão, contribui de forma importante para a saúde do doente e para o sucesso da TR a longo prazo. O enfermeiro tem o papel de educador fundamental neste processo de adaptação à nova condição de saúde.

A adesão ao regime terapêutico e a capacitação do indivíduo para o autocuidado, devem ser o foco de atenção de enfermagem para que após a alta clínica o doente detenha o conhecimento suficiente para prevenir, reconhecer e minimizar o risco de complicações e rejeição.

O ensino assim inclui o uso adequado de medicamentos imunossupressores e possíveis efeitos secundários abordando questões referentes à adesão ao regime terapêutico uma vez que a má adesão aumenta o risco de perda do enxerto, os cuidados para a prevenção e identificação de sinais e sintomas de infeção e rejeição do enxerto, avaliação de sinais vitais, glicémia e peso diário; a importância de dieta equilibrada e saudável associada ao exercício evitando o ganho de peso, dos cuidados com a pele, uma vez que

o regime imunossupressor aumenta o risco de desenvolvimento de cancro, assim como questões de fertilidade e estilo de vida (Trevitt et al., 2012).

Verifiquei que os focos de atenção do enfermeiro mais frequentes nesta consulta foi o risco de infeção, edema, gestão do regime terapêutico, eliminação urinária, metabolismo energético sendo as intervenções de enfermagem direcionadas para a individualidade de cada doente.

É importante que os doentes sejam capacitados para aprender e compreender estes conhecimentos acerca da TR. As sessões de ensino devem ser individualizadas de acordo com cada doente que se apresenta. Podem existir dificuldades físicas, como deficiências visuais ou auditivas ou problemas de linguagem e analbetização que necessitam de estratégias específicas (Trevitt et al., 2012).

São exemplos disso a preocupação da equipa ao aplicarem um questionário verificaram que existe esquecimento da toma terapêutica na avaliação da adesão à terapêutica, que para melhoria ajustaram as intervenções de enfermagem de forma a melhor adaptação do doente à doença. Incluiu folha de medicação por cores /exemplo do imunossupressor em que o doente expõe num local e procura o medicamento correspondente, efetuou-se também caixas de terapêutica semanal, estratégias para doentes que não sabem ler, alertas de telemóveis e ainda quando necessária articulação com unidades de cuidados de saúde primários.

Pelas características geográficas do país, esta unidade recebe todos os doentes transplantados renais da península de Setúbal até ao Algarve. Desta forma, desde 2013 que este hospital desenvolveu protocolos de distribuição da medicação imunossupressora para Évora, Beja, Portimão e Faro como proximidade com os seus doentes e gestão de recursos, investindo enfermagem em consultas de follow-up, consultas não presenciais para esclarecimento de dúvidas/queixas agudas e minimizando estas barreiras geográficas do país. A terapêutica de imunossupressão instituída e mais habitual neste campo de estágio é o tacrolimus em conjunto com prednisolona (corticóide), que a equipa médica tenta reduzir devido aos efeitos secundários a longo prazo.

Desta experiência, como enfermeira especialista de nefrologia, considero que o domínio psicológico é imprescindível no acompanhamento do doente TR, envolvendo uma equipe multidisciplinar no apoio ao doente e família, de forma

adaptação à DRC seja contínua e as intervenções dirigidas a qualquer momento e percurso da DRC.

A TR é um procedimento cirúrgico complexo e invasivo, sendo assim, envolve os aspetos físicos e psicológicos do indivíduo pelo que tendem a apresentar um perfil de ansiedade e angústia, que pode levar à depressão. Conversar sobre os medos, dúvidas, problemas, compartilhar decisões acerca do tratamento e fazer com que os doentes participem da gestão da sua doença pode minimizar o este quadro (Pontes, Silva, Amaral, Genzini, & Prado, 2014).

O enfermeiro especialista na área de nefrologia deve estar apto a ajudar o doente e família a lidar eficazmente com que o doente crie expectativas altas em relação ao facto de ter realizado TR e por complicações associadas pode ocorrer uma interrupção abrupta das expectativas do doente transplantado, representando a necessidade de retornar ao tratamento dialítico.

Da minha experiência profissional na HD, quando esta fase acontece geralmente é muito negativa para o doente, com situações de difícil adaptação sem estratégias de coping, com várias emoções e situações de sofrimento associadas, de revolta e recusa face a uma etapa que para a maioria não é desconhecida sendo difícil de aceitar pois após a perceção individualmente que a TR traz uma QV aceitável pelo que é fundamental a intervenção do enfermeiro de forma a minimizar os efeitos emocionais negativos e nova adaptação à DRC.

Desta forma cabe ao enfermeiro o apoio e suporte para a aceitação do seu estado de saúde, incentivando a comunicação e expressão das suas emoções envolvendo a família numa relação de ajuda na adaptação a todos os processos e fases da DRC. Contudo também os membros da família também precisam de tempo para se adaptar a estes eventos.

É vital que os doentes e família tenham a oportunidade de discutir suas preocupações e sejam ouvidos ativamente e os serviços devam oferecer apoio psicológico para ajudar os doentes nesse novo e dinâmico evento de mudança de vida (Trevitt et al., 2012), não existindo este apoio sistemático na unidade cabe ao enfermeiro muitas vezes este papel.

Considerando a área da TR um cuidado complexo e específico decidi realizar um plano de cuidados acerca numa situação de pós-operatório tardio seguindo o processo de enfermagem utilizado nesta unidade.

A aplicação do processo de enfermagem, inicia-se pela avaliação inicial do doente, conhecendo a sua história clínica, terapêutica, padrões habituais, família/cuidadores, seus valores/crenças/religiosidade, e após o planejamento da ação de enfermagem de acordo com diagnósticos e intervenções, utilizando linguagem CIPE<sup>®</sup>, não esquecendo da individualização de cuidados a cada doente.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Infeção (Risco)	-Vigiar sinais inflamatórios -Avaliar risco de infeção
Edema	- Avaliar edema -Elevar parte do corpo
Gestão regime terapêutico	- Avaliar gestão do regime terapêutico
Eliminação urinária	-Monotorização eliminação urinaria -Vigiar eliminação urinária
Metabolismo energético	-Monitorizar glicemia capilar -Vigiar sinais de hipoglicemia -Vigiar sinais de hiperglicemia
Cateterismo de hemodiálise (Acesso vascular)	-Avaliação do exame físico requer a observação, palpação e auscultação na procura de sinais e sintomas de: Infeção; Aneurisma; Edema; Estenose; Síndrome de roubo; Hematoma
Estado emocional comprometido	-Aconselhar doente -Explicar sobre estado de saúde -Promover estratégias de coping -Gerir emoções negativas -Gerir tristeza/ansiedade -Gerir comportamento negativo -Providenciar apoio emocional
Infeção	-Aplicar medidas de prevenção da contaminação -Manter a prevenção da contaminação -Avaliar infeção

ATITUDES	INTERVENÇÕES
Parâmetros vitais	-Monitorizar dor -Monitorizar frequência cardíaca -Monitorizar temperatura corporal -Monitorizar tensão arterial
Dados Antropométricos	-Monitorizar peso corporal

O propósito desta reflexão foi conhecer e analisar as intervenções e cuidados de enfermagem numa experiência clínica com os doentes transplantados renais.

Os doentes após TR sentem que ganham uma nova vida, um novo desafio, onde muitos recuperam em parte, o controle do próprio corpo, contudo é necessário entenderem que o tratamento e os cuidados inerentes continuam.

Os enfermeiros que cuidam desses doentes e famílias necessitam de conhecimentos especializados de todo o percurso da DRC de forma a se encontrarem aptos na adaptação do doente a todo o percurso da DRC.

## Referências Bibliográficas

- ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. (2007). Lei n.º 22/2007 de 29 de Junho. Diário da República.
- DGS. (2012). Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5. *Norma Da Direção-Geral Da Saúde n.º 017/2011 de 28/09/2011 (Atualizado a 14/06/2012)*, 1–35.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2007). Despacho n.º 6537/2007. *Diário Da República*.
- Pontes, U. O., Silva, A. E. S. da, Amaral, T. L. M., Genzini, T., & Prado, P. R. Do. (2014). Revisão Integrativa Sobre O Papel Do Enfermeiro No Pós-Transplante Renal. *Cogitare Enfermagem*, 19(3), 597–603. <https://doi.org/10.5380/ce.v19i3.34414>
- Santos, L. F., Maciel, S. C., Castro, F. P. dos S., Prado, B. da C., Brito, R. F., & Avelar, T. C. (2018). Qualidade de Vida em Transplantados Renais. *Psico-USF*, 23(1), 163–172. <https://doi.org/10.1590/1413-82712018230114>
- Souto, F. C. de O., Costa, R. M. do A., França, A. M. B. de, & Marques, T. M. de M. (2016). QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE RENAL, 119–132.
- Thomas, N., Corinne, J., & Cunha, J. M. (2005). *Enfermagem em Nefrologia* (segunda ed).
- Trevitt, R., Dunsmore, V., Murphy, F., Nurs, R., Stud, H., Adv Nurs Scie, Pgd., ... C C is Senior, M. M. (2012). CE: Continuing Education Article PRE-AND POST-TRANSPLANT CARE: NURSING MANAGEMENT OF THE RENAL TRANSPLANT RECIPIENT: PART 2. *Journal of Renal Care*, 107–114.

Apêndice VIII:  
Caraterização da unidade de HD do hospital da região de Almada

## **Caraterização da unidade de HD do hospital da região de Almada**

Este campo de estágio decorreu no mesmo hospital da região de Almada referido no estágio do internamento.

O serviço funciona de segunda-feira a sábado, entre as 7h30 e as 23h00, e o restante período assegurado por um enfermeiro/dia em escala de prevenção. É constituído por 2 salas, uma primeira com 13 postos de tratamento, dos quais é mantido um posto livre para situações de urgência, e uma segunda sala para doentes portadores de vírus de Hepatite B constituída por 2 postos de HD.

A equipa de enfermagem é constituída por um corpo de 17 profissionais com chefia própria, dos quais existem 7 enfermeiros especialistas, sendo 1 da área de Saúde Mental e Psiquiátrica e os restantes 6 elementos são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica dos quais 5 na área de Enfermagem Nefrológica. São distribuídos num horário rotativo em turnos da manhã e tarde, o primeiro escalado com 5 elementos e o segundo com 4 elementos, o que determina o rácio máximo de 1 enfermeiro para cada 4 doentes/posto de trabalho, e o método de trabalho praticado é o enfermeiro de referência indo de encontro às boas práticas.

Esta unidade de HD classifica-se em unidade central com cuidados diferenciados que assegura o atendimento aos doentes internados no hospital em que se insere, e funciona também como unidade periférica com cerca de 60 doentes crónicos em programa de HD de ambulatório e ainda unidade de articulação com as várias unidades periféricas da região conforme protocolos.

Na sua maioria realiza maioritariamente tratamentos de HD de alto fluxo e hemodiafiltração existindo também experiência noutras técnicas de tratamento por circulação extracorporal como a plasmáférese.

No circuito habitual, o doente desloca-se à unidade para realizar o tratamento de HD, contudo quando internado e de acordo com a sua situação clínica, o doente caso não se possa deslocar à unidade de HD, a equipa de enfermagem (um enfermeiro) desloca-se ao serviço de internamento onde realiza o tratamento.

A unidade oferece ainda serviços de hospital de dia de HD, para resolução de situações/complicações relacionados com o doente com DRC, tais como colocação de CVC, desobstrução de CLD com preenchimento dos lúmens com

alteplase, administração de terapêutica como ferro EV, o tratamento de substituição enzimática na doença de Fabry através da administração de Fabrasyme, e outras intervenções pontuais em que é mobilizado um enfermeiro da sala de HD aquando da existência das situações sendo gerido pelo enfermeiro responsável de turno.

A equipa de enfermagem realiza ainda de 15 em 15 dias a consulta de enfermagem de esclarecimento de opções TSFR da DRC em alternância com equipa de DP, sendo escalado um enfermeiro para esta atividade.

Apêndice IX:  
Folheto de Guia de Acolhimento

A equipa do Serviço de Hemodiálise (HD) é constituída por um Diretor Clínico, Médicos Nefrologista, Enfermeiros, Assistente Social, Nutricionista, Assistente Operacional, Assistente Técnico e Voluntários.

A equipa do serviço de HD estará sempre disponível para lhe prestar todo o apoio e esclarecer as suas dúvidas.

A sua satisfação como utente é importante, deixo sugestões de melhoria, pois procuramos a qualidade e segurança dos cuidados prestados.



## Livro de reclamações e elogios

Existe um livro de reclamações no serviço, junto ao secretariado que pode solicitar sempre que necessário.

Faça-nos chegar também as suas mensagens de elogios, para a promoção de ambiente positivo.

## Contactos do Serviço

**Director de serviço:** Dra. Aura Ramos

**Enfermeiro Chefe:** En<sup>o</sup> Mário Cavaleiro

**Enfermeiro Coordenador:** En<sup>o</sup> Hélder Leão

Serviço de Nefrologia: Hospital Garcia de Orta

Avenida Tomado da Silva, 2805-267 Almada

Piso 1

Telefone: (+351) 212-727248

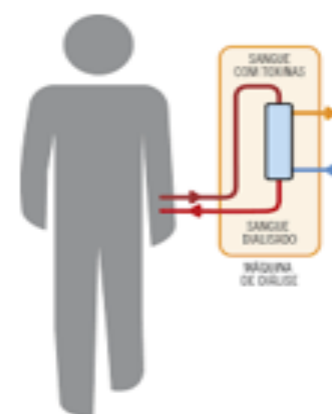
Email: [secretariado.hemodialise@hgo.min-saude.pt](mailto:secretariado.hemodialise@hgo.min-saude.pt)

Elaborado por: Carla Lopes

Aluna do 2<sup>o</sup> Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Nefrológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



## Guia de Acolhimento



**BEM-VINDO AO  
SERVIÇO DE  
HEMODIÁLISE.**

## ¶ Informações Gerais ¶

Tem sempre uma equipa de Enfermeiros e Médico, para lhe dar todas as informações e apoio necessário, assim como uma assistente operacional para o ajudar. ¶

Ser-lhe-á indicado qual o seu enfermeiro de referência/responsável, para que o utente receba cuidados individualizados de qualidade, e participe activamente neste processo. ¶

A Assistente Técnica dar-lhe-á todo o apoio administrativo que necessita. ¶

O serviço tem uma sala com capacidade para realização de 15 sessões/tratamentos por turno adequada à sua situação clínica. ¶

Pressão tratamento dialítico nas valências de hemodíalises de alto fluxo e hemodiafiltração. ¶

Se ocorrer algum imprevisto e não puder comparecer ao tratamento, deve avisar o serviço via telefone com o máximo de antecedência possível. ¶

Fazer diálise não significa o fim de viagens e férias ou perda da sua rotina. Peça informações à equipa para o apoiar a planear com antecedência as suas deslocações. ¶

..R

## ¶ Horário de Funcionamento ¶

O serviço encontra-se aberto de segunda a sábado entre as 7h30 e as 23h00. ¶

Aos domingos encontra-se encerrado, sendo que em situações de urgência o doente deve recorrer ao serviço de Urgência Geral deste hospital. ¶

Cada tratamento dura em média 4h00 e pode ser distribuídos nos 3 turnos existentes. ¶

... 1º turno: 8h00 às 12h00 ¶

... 2º turno: 13h00 às 17h00 ¶

... 3º turno: 18h00 às 22h00 ¶

O utente efectuará habitualmente, 3 sessões semanais: 2ª, 4ª, 6ª-feira ou 3ª, 5ª, sábado, sempre no mesmo turno. ¶

O seu turno. ¶

2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	sáb	□
"	"	"	"	"	"	□

No entanto, em situações excepcionais motivadas pela sua situação clínica ou necessidades pessoais, podem ser alteradas algumas das condições atrás descritas. ¶

¶

## Alimentação ¶

O serviço dispõe de uma refeição (lanche com 2 sólidos e 1 líquido), que lhe será oferecida durante o tratamento. Pode solicitar apoio nutricional. R

## ¶ Medicação ¶

A medicação prescrita pelo Neurologista é dispensada pelo Serviço Farmacêutico, deve ser levada pelo próprio doente. ¶

Qualquer medicação que seja prescrita fora da HD deve ser comunicada à equipa Médica/Enfermagem. ¶

¶

## Recomendações Gerais ¶

Quando chegar ao Hospital deve dirigir-se à recepção do serviço para dar conhecimento da sua chegada à Assistente Técnica. ¶

Deve aguardar na sala de espera até ser chamado para a sala de tratamento. ¶

É recomendável que utilize uma roupa própria para a sessão de diálise, confortável, folgada no pescoço e de manga curta ou larga, que deve ser trocada nos vestiários existentes para esse efeito, onde existem cacos individuais para guardar a roupa da vez. ¶

Use também um calçado específico para a sala de diálise, por exemplo chinlos. ¶

Deve evitar o uso de telemóvel durante o tratamento. ¶

À entrada na sala de tratamento, o enfermeiro vai colocar-lhe um cartão de identificação que ficará consigo até à saída. ¶

Será pesado no início e no final do tratamento. ¶

..R

Apêndice X:  
Proposta de folha de Alta de Enfermagem

FOLHA DE TRANSFERÊNCIA DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

FAMILIAR  
REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

ETIOLOGIA DA  
DRC: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES  
PESSOAIS \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

INÍCIO HD: \_\_\_\_\_

DATA DA ÚLTIMA HD: \_\_\_\_\_

ACESSO VASCULAR:	CONSTRUÇÃO:	LOCALIZAÇÃO:
FAV		
PTFE		
CATETER DE HEMODIÁLISE DE LONGA DURAÇÃO		
CATETER PROVISÓRIO DE HEMODIÁLISE		

1. HEMOSTASE:  COM AJUDA

SEM AJUDA

2. TÉCNICA PUNÇÃO:  ESCADA

À REA

3. OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

RESUMO SESSÕES  
HD: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

### 1. AUTOCUIDADO USO SANITÁRIO

GRAU ELEVADO                       GRAU MODERADO                       GRAU  
REDUZIDO

### 2. AUTOCUIDADO VESTUÁRIO

GRAU ELEVADO                       GRAU MODERADO                       GRAU  
REDUZIDO

### 3. POSICIONAR-SE

GRAU ELEVADO                       GRAU MODERADO                       GRAU  
REDUZIDO

### 4. ALIMENTAR-SE

GRAU ELEVADO                       GRAU MODERADO                       GRAU  
REDUZIDO

### 5. ANDAR

GRAU ELEVADO                       GRAU MODERADO                       GRAU  
REDUZIDO

### 4. COMPORTAMENTO DE ADESÃO

ADESÃO                       NÃO ADESÃO

### 5. GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

MEDICAMENTOSO:  COMPROMETIDO                       NÃO  
COMPROMETIDO

DIETÉTICO:  COMPROMETIDO                       NÃO  
COMPROMETIDO

INGESTÃO DE LIQUÍDOS:  COMPROMETIDO                       NÃO  
COMPROMETIDO

DATA

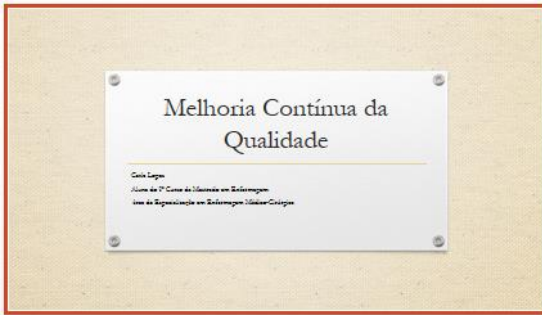
ENFERMEIRO

\_\_\_\_\_

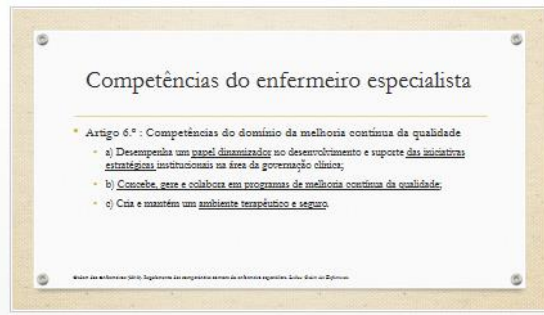
\_\_\_\_\_

Apêndice XI:

Ação de formação sobre melhoria de contínua da qualidade



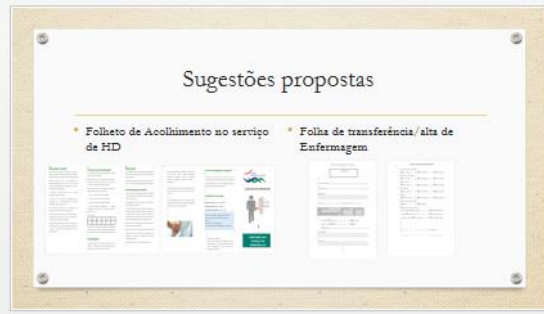
1



2



3



4



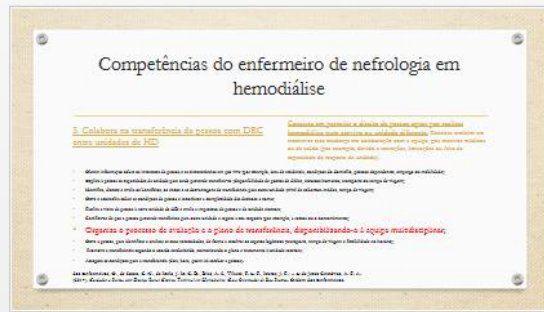
5



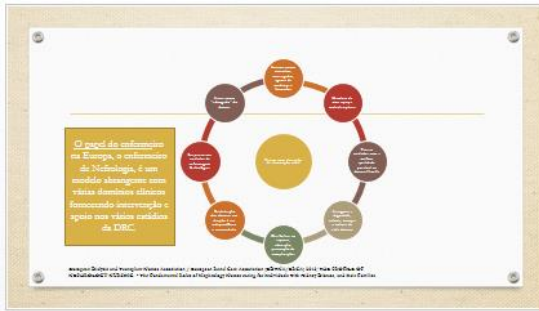
6



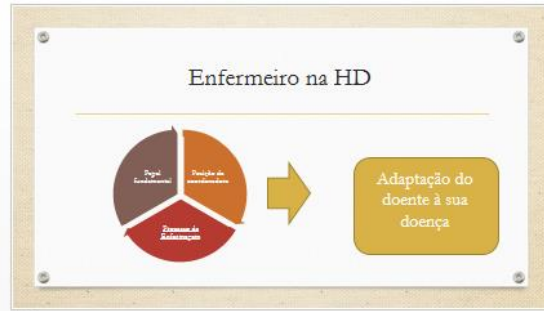
7



8



9



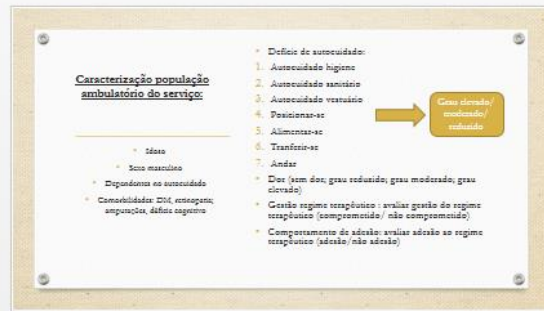
10

### Processo de enfermagem

#### Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE

- **Linguagem internacional**, elaborada pelo International Council of Nursing para aplicação do processo de implementação do Processo de Enfermagem.
- Reúne os diagnósticos, as intervenções e os resultados da prática de enfermagem.
- **Vantagens**: estabelecimento de uma linguagem internacional que facilita a descrição e a comparação das práticas de enfermagem; a representação dos conceitos de enfermagem utilizados nas diversas especialidades e culturas; a produção de informações sobre a prática que influenciam a tomada de decisão e a construção de políticas de saúde e a melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde.

11



12

### A Doença Renal Crónica

- Iniciar uma técnica de substituição renal constitui um acontecimento marcante na vida do doente e da sua família.
- De prática clínica fica a percepção, de que uma grande percentagem das pessoas com DRC em programa regular de hemodiálise, não adere ao regime terapêutico, principalmente no que se refere ao regime alimentar, regime medicamentoso e controlo da quantidade de líquidos ingeridos.
- A adaptação, a esta doença e a sua aceitação, dependem de diversos factores individuais, familiares, sociais e organizacionais, determinantes na adopção de comportamentos de adesão ao regime terapêutico.

13

### Adesão e DRC

- O regime terapêutico da pessoa com DRC em programa regular de Hemodiálise inclui:
  - compliance aos tratamentos, em média quatro horas, três vezes por semana,
  - regime medicamentoso
  - cumprir um plano alimentar
  - controle de líquidos, relativamente complexo e difícil de compreender por ser diferente do que é habitualmente considerado saudável para a população em geral, e rigoroso.
  - É um regime terapêutico multifacetado, que não é fácil de gerir e que impõe mudanças e adaptações nos hábitos de vida da pessoa e da família/conveniente.

14

### Gestão do regime terapêutico

- Deve ser o foco da prática de enfermagem.
- As intervenções de enfermagem são fundamentalmente no âmbito do educar, ensinar, instruir e treinar, de forma a implementar o cuidado centrado no doente.
- Para que essas actividades sejam integradas na rotina diária é necessário que a pessoa tenha conhecimento sobre a doença e o regime terapêutico, de modo a saber o que dele se espera.

15

### Conclusão

- Este trabalho surge com intuito da melhoria dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes, reflectindo o vosso exercício profissional individual e de equipa e dar visibilidade do trabalho desenvolvido nesta unidade!

16

## Referências Bibliográficas

- Deane, da S. (2010). Regulação das expectativas através de informações supratônicas. *Diário de Psicologia*.
- Deane da S. (2012). Tarefa de pulso em relação ao sistema de Deane. *Diário de Psicologia*.
- Deane da S. (2013). Deane, S. K., de Souza, J. S., de Souza, A. S., Vianna, F. L. F., Moraes, J. F., ... & de Jesus Gonçalves, A. F. A. (2017). *Diário de Psicologia*.
- Deane da S. (2014). Tarefa de pulso em relação ao sistema de Deane. *Diário de Psicologia*.
- Deane da S. (2015). Tarefa de pulso em relação ao sistema de Deane. *Diário de Psicologia*.
- Deane da S. (2016). Tarefa de pulso em relação ao sistema de Deane. *Diário de Psicologia*.
- Deane da S. (2017). Tarefa de pulso em relação ao sistema de Deane. *Diário de Psicologia*.
- Deane da S. (2018). Tarefa de pulso em relação ao sistema de Deane. *Diário de Psicologia*.
- Deane da S. (2019). Tarefa de pulso em relação ao sistema de Deane. *Diário de Psicologia*.
- Deane da S. (2020). Tarefa de pulso em relação ao sistema de Deane. *Diário de Psicologia*.
- Deane da S. (2021). Tarefa de pulso em relação ao sistema de Deane. *Diário de Psicologia*.
- Deane da S. (2022). Tarefa de pulso em relação ao sistema de Deane. *Diário de Psicologia*.
- Deane da S. (2023). Tarefa de pulso em relação ao sistema de Deane. *Diário de Psicologia*.
- Deane da S. (2024). Tarefa de pulso em relação ao sistema de Deane. *Diário de Psicologia*.
- Deane da S. (2025). Tarefa de pulso em relação ao sistema de Deane. *Diário de Psicologia*.

17

Obrigado pela vossa atenção!

18

Apêndice XII:  
Plano de ação de formação e Avaliação da equipa de enfermagem

# **Plano de Ação de Formação em Serviço**

## **Melhoria Contínua da Qualidade Folheto do Guia de Acolhimento/ Nota de alta/transferência de Enfermagem**

Data: 10-12-2018

Duração: 30 minutos

Destinatários: Todos os enfermeiros da Unidade de Hemodiálise

Número de participantes presente: 11

### **Objetivos:**

- Harmonizar o desenvolvimento do trabalho dos enfermeiros de acordo com a melhor evidência e literatura disponíveis sobre a temática;
- Compreender o papel da equipa de enfermagem na continuidade dos cuidados de enfermagem do doente renal crónico em tratamento de hemodiálise;
- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente renal crónico em tratamento de hemodiálise;
- Partilha de conhecimentos e experiências.

### **Conteúdos:**

- Competências do enfermeiro especialista
- Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
- Enunciado readaptação funcional
- Competências do enfermeiro em hemodiálise
- Processo de enfermagem: plano de alta

Avaliação: Distribuição da ficha de avaliação de formação

Instalações: Sala de Unidade de Diálise

Meios audiovisuais utilizados: Apresentação PowerPoint®

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**  
**9º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem**  
**Especialização Médico-Cirúrgica - Vertente Nefrológica**

**Ficha de avaliação da secção de formação**

Na sua avaliação, utilize a seguinte escala:

1	2	3	4
Insuficiente	Médio	Bom	Excelente

<b>Apreciação Global</b>	
	<b>Avaliação</b>
Expectativas em relação à formação foram satisfeitas.	3.9
Os objetivos da formação foram atingidos.	4
Para a sua atividade profissional a formação foi útil.	3.8
Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.	3.8
A teoria foi relacionada com a prática.	3.9
A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.	4
Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.	3.9
A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.	4
Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.	3.9
A duração da formação foi adequada.	3.8
O horário da formação foi adequado.	3.8
<b>Metodologia</b>	
Domínio dos conteúdos apresentados.	4
Facilidade de transmissão de conhecimentos.	4
Clareza na transmissão dos conhecimentos.	4
Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	3.9
Interação com o grupo.	3.8
Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.	4
Gestão do tempo.	4
Pontualidade	4

Apêndice XIII:  
Caraterização do setor de ambulatório de Nefrologia do hospital da região de  
Setúbal

## **Caraterização do setor de ambulatório de Nefrologia**

Este campo de estágio foi realizado num hospital da área de Setúbal que se encontra acreditada pelo Healthcare Accreditation Quality Units.

Funciona de segunda-feira a domingo, das 8 às 24 horas. Recebe doentes referenciados das unidades de internamento e serviço de urgência do hospital, assim como, dos Centros de Saúde e dos Hospitais da sua área de abrangência.

Esta unidade abrange cuidados e técnicas nefrológicas relativas a quatro unidades funcionais que são: o Hospital de Dia de Nefrologia, a Unidade de HD, Unidade de DP e a Unidade de Cirurgia para Acessos Vasculares que contempla uma sala operatória polivalente que é utilizada para a cirurgia vascular às 3<sup>a</sup> feiras durante a manhã, deslocando-se para o efeito, uma equipa cirúrgica vinda do exterior (1 cirurgião e 1 enfermeiro). Nos períodos em que não há cirurgia vascular, a ocupação da sala operatória, é utilizada para realização de técnicas auxiliares e diagnóstico e para a implementação de cateteres para DP e HD.

A equipa de enfermagem é constituída por 20 enfermeiros, distribuídos por 4 equipas, dos quais 4 são enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (1 elemento na vertente de Enfermagem Nefrológica), escalados em horário rotativo em escala mensal. Como modelo organizacional de prestação de cuidados, é praticado o método individual de trabalho.

A unidade de HD garante o tratamento regular de HD a cerca de 26 doentes com DRC em programa regular de ambulatório, divididos por três turnos de sessão de diálise e distribuídos pela sala A e sala B. Habitualmente as sessões de diálise têm a duração de 4 horas. A sala A recebe doentes em situação aguda para a realização das várias técnicas (HD, Hemodiafiltração, Ultrafiltração isolada e plasmaférese) e a sala B, prestados com os postos habituais de programa de ambulatório. A unidade presta cuidados a doentes portadores de Vírus da Imunodeficiência Humana e Vírus da Hepatite C tendo posto e monitores fixos para o efeito.

Dispõem de uma sala denominada hospital de dia, que dá apoio à nefrologia e imunohemoterpia, que funciona de segunda a sexta-feira das 9h às 17h, com 1 ou 2 elementos de enfermagem. Neste momento a unidade de DP funciona no serviço de internamento.

Apêndice XIV:  
Caraterização da unidade de HD do hospital da região de Oeiras

## **Caraterização da unidade de HD região Oeiras**

Este campo de estágio decorreu num hospital de Oeiras e assume o apoio nefrológico a todas as unidades do centro hospitalar, bem como serve uma população de 450.000 habitantes na sua área de influência. Presta apoio assistencial específico a uma população de cerca de 800 doentes hemodialisados da sua área geográfica de influência

A unidade de HD em funcionamento desde 1980, uma das unidades pioneiras do país classifica-se em unidade central com cuidados diferenciados que assegura o atendimento aos doentes internados no hospital em que se insere, e funciona também como unidade periférica com cerca de 60 doentes crónicos em programa de HD de ambulatório e é ainda unidade de articulação com as várias unidades periféricas da região conforme protocolos definidos

O serviço de Nefrologia está acreditado desde 2018, onde se incluí a unidade de HD, pelo Programa Nacional de Acreditação em Saúde utilizando o modelo Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía reconhecido pela DGS.

Dispõe de 15 postos de tratamento, distribuídos por 4 salas (A, B, C, D). A sala C destina-se a doentes portadores de Vírus da Imunodeficiência Humana , com um posto de isolamento físico e a sala D para portadores de Vírus da Hepatite B. A unidade presta cuidados a doentes portadores de Vírus da Hepatite C tendo posto e monitores fixos para o efeito.

A unidade referida, assegura o atendimento aos doentes internados no hospital em que se insere, dos hospitais da área de influência, apoio às clínicas periféricas de HD da sua área geográfica bem como o programa crónico de HD ambulatória hospitalar com cerca de 60 doentes. Realiza maioritariamente tratamentos de HD de baixo fluxo e técnicas de tratamento dependentes de circulação extracorporal como a plasmaférese e LDL aférese.

A equipa de enfermagem é constituída por 21 enfermeiros, distribuídos por 4 equipas, dos quais 8 são enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (3 elementos na vertente de Enfermagem Nefrológica), são distribuídos num horário rotativo em turnos da manhã e tarde escalados com 6 elementos o que determina o rácio máximo de 1 enfermeiro para cada 4 doentes/posto de trabalho e é praticado o método individual de trabalho.

Apêndice XV:  
Proposta de implementação de uma consulta de TC para o serviço de  
Nefrologia

**9º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem Área  
de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica –  
Enfermagem Nefrológica**

**Unidade Curricular:  
Estágio com Relatório**

**O tratamento conservador na  
pessoa com doença renal crónica estágio 5**

**Carla Sofia Estevinha Lopes**

**Lisboa  
Fevereiro, 2019**

**9º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem Área  
de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica –  
Enfermagem Nefrológica**

**Unidade Curricular:  
Estágio com Relatório**

**O tratamento conservador na  
pessoa com doença renal crónica estágio 5**

Proposta de implementação de um  
programa de tratamento conservador

**Carla Sofia Estevinha Lopes número 2436**

**Orientador: Professora Doutora Maria Saraiva**

**Lisboa  
Fevereiro, 2019**

## **LISTA DE ABREVIATURAS / SIGLAS**

CP - Cuidado(s) Paliativo(s)

DGS - Direção Geral da Saúde

DRC - Doença Renal Crónica

EDTNA/ERCA - European Dialysis and Transplant Nurses Association/  
European Renal Care Association

HD - Hemodiálise

KDIGO - Kidney Disease: Improving Global Outcomes

NKF/KDOQI - National Kidney Foundation/Kidney Disease Outcomes Quality  
Initiative

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

p. - Página

RNEHRNEFROLOGIA - Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de  
Referenciação. Nefrologia

SPN - Sociedade Portuguesa de Nefrologia

TC - Tratamento conservador

TFG - Taxa filtração glomerular

TSFR - Terapêutica(s) de Substituição da Função Renal

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	75
<b>1. DOENÇA RENAL CRÓNICA – ESTÁDIO 5: O TRATAMENTO CONSERVADOR</b> 76	
<b>2. CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRESTADOS À PESSOA COM ALTERAÇÃO DA ELIMINAÇÃO RENAL</b> .....	80
<b>3. A POPULAÇÃO DE DOENTES COM DRC EM PROGRAMA AMBULATORIO DE HEMODIÁLISE DESTA UNIDADE</b> .....	83
<b>4. PROGRAMA DE GESTÃO DO TRATAMENTO CONSERVADOR DA DRC</b> .....	86
<b>4.1. Objetivo</b> .....	86
<b>4.2. Equipa e protocolo de articulação</b> .....	86
<b>4.3. Concepção e espaço físico</b> .....	87
<b>5. DIMENSÕES DO TRATAMENTO CONSERVADOR</b> .....	88
<b>5.1. Tomada de decisão</b> .....	88
<b>5.2. Plano avançado de cuidados</b> .....	89
<b>5.3. Controlo de sintomas</b> .....	90
<b>5.4. Qualidade de vida</b> .....	90
<b>5.5. Necessidades em fim de vida</b> .....	90
<b>6. CONCLUSÃO</b> .....	91
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	92

## INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio realizado na unidade de hemodiálise (HD) num Hospital da região de Oeiras, surge a seguinte proposta de implementação de um programa de tratamento conservador (TC) para o serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar em causa, como uma das atividades propostas no meu projeto de estágio.

A realização deste trabalho tem como objectivo geral desenvolver competências científicas, técnicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados na pessoa com doença renal crónica (DRC).

O tema a desenvolver foi o TC na DRC estágio 5, como alternativa ao tratamento substitutivo da função renal. Assim será realizado o enquadramento teórico, sua justificação e pertinência neste contexto clínico e também profissional por ser o meu serviço onde desempenho funções.

A crescente longevidade das populações e o aumento das doenças crónicas implica uma diferenciação dos cuidados de enfermagem prestados, com necessidade de adaptação e reestruturação nos vários níveis do sistema de saúde.

Sendo o papel fundamental de qualquer enfermeiro o cuidar da pessoa e as famílias que enfrentam desafios no percurso da doença e sua adaptação, é necessário que enfermagem ganhe competências para dar resposta às necessidades que o doente DRC apresenta ao longo do seu percurso.

Muitos doentes com DRC apresentam múltiplas comorbilidades e exigirão o atendimento especializado de toda uma equipe multidisciplinar, onde estão incluídos nefrologistas, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais e psicólogos, onde nem sempre a melhor resposta é a opção dialítica.

# 1. DOENÇA RENAL CRÓNICA – ESTÁDIO 5: O TRATAMENTO CONSERVADOR

A DRC é uma doença global, estima-se que afeta mais de 13.4% da população, e é considerada um problema de saúde pública devido à sua prevalência, grande impacto nos doentes e alto custo para a sociedade (Stengel et al., 2017). Tem maior incidência na população com idade superior a 65 anos (Brück et al., 2016) e a doença cardiovascular é a principal causa de morbilidade e mortalidade (Hobbs et al., 2016).

De acordo com *Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO)*, a DRC é definida como uma alteração da função renal, presente por mais de três meses e com implicações na saúde da pessoa. O seu diagnóstico e avaliação envolve o uso simultâneo da avaliação e monitorização da função renal (através da taxa filtração glomerular (TFG), creatinina sérica) e dos danos renais (albuminúria e /ou proteinúria) (KDIGO, 2012). A sua evolução, é apresentada de acordo com estádios de 1 a 5, conforme os valores em que se encontra TFG. Assim TFG de  $> 90$  ml/min por  $1,73 \text{ m}^2$  define o estágio 1, 60 a 89 ml/min por  $1,73 \text{ m}^2$  é o estágio 2; 30 a 59 ml/min por  $1,73 \text{ m}^2$  é o estágio 3; 15 a 29 ml/min por  $1,73 \text{ m}^2$  é o estágio 4; e  $<15$  ml/min por  $1,73 \text{ m}^2$  é o estágio 5 (KDIGO, 2012).

A DRC no estágio 5 necessita de uma opção de TSFR, podendo escolher entre a HD, a diálise peritoneal, o transplantação renal e o TC. A transplantação renal é aquela que permite obter melhores resultados em termos de sobrevida e qualidade de vida associada ao estado de saúde. O TC é a opção não dialítica (NKF/KDOQI, 2002).

Portugal apresenta das taxas mais elevadas de incidência e prevalência de DRC da Europa (SPN, 2018). Existem vários fatores que podem justificar estes dados tais como: melhoria dos recursos disponíveis e melhores cuidados de saúde em geral; bons resultados de sobrevivência; aumento da esperança de vida e da acessibilidade à diálise e elevada taxa de transplantação renal (RNEHRNEFROLOGIA, 2017).

A idade média dos doentes em TSFR em Portugal tem vindo a aumentar nos últimos anos, em 2017 apresentavam 40,4% idade 65-80 anos e 21,9% maior que 80 anos, com maior prevalência no tratamento de HD. De referir que,

a taxa de mortalidade dos doentes em HD em 2017 foi 13,03%, em que 83,03% das 1550 mortes, apresentavam mais de 65 anos e 43,03% mais de 80 anos (SPN, 2018).

Verificou-se que 5,8% das mortes ocorreram durante os primeiros 90 dias após início de HD (SPN, 2018), e perante estes números questiono-me se será que a opção de TSFR foi a mais adequada? De facto, a sobrevida média de um doente em diálise em faixas etárias mais elevadas é consideravelmente reduzida face à população geral com a mesma idade (DGS, 2012).

Deste modo, verifica-se que em resposta ao envelhecimento da população, cada vez mais idosos iniciam HD e o interesse pelas técnicas não dialíticas alternativas para o último estágio da DRC também está a aumentar, admitindo-se que os doentes têm o direito de recusar iniciar diálise, nomeadamente os doentes idosos e/ou com várias comorbilidades (O'Connor & Kumar, 2012).

Os resultados decepcionantes na sobrevida e na qualidade de vida de alguns subgrupos de doentes em diálise, nomeadamente os mais idosos e com maior número de comorbilidades, conduziram a vários estudos sobre o TC versus tratamento dialítico em doentes com DRC no estágio 5, de forma a centralizar a prestação de cuidados de saúde nas características da população em causa, cujas necessidades e expectativas podem ser distintas da restante população (DGS, 2012).

A diálise pode fornecer como vantagem a alguns idosos, o aumento da sobrevivência, mas é perdida na presença de comorbilidade e síndromes geriátricas, como demência, pelo que não deve ser o tratamento padrão pelo risco de perda de função física/cognitiva e má qualidade da vida. Assim, o TC ganha popularidade e é um caminho de tratamento alternativo aceitável para doentes que provavelmente não beneficiam da diálise (Wasylynuk & Davison, 2017).

Desta forma, há necessidade de modificar o paradigma da obrigatoriedade de oferecer o mesmo tratamento a todos os doentes, devendo estes ser esclarecidos das alternativas de cuidados de saúde perante um diagnóstico de DRC no estágio 5. Vários países já estabeleceram programas de TC e outros estão a desenvolver estratégias de acordo com as leis nacionais.

Em Portugal, desconhece-se o número de doentes que, por ano, opta pelo TC da DRC em estágio 5, sendo apenas conhecidos os dados referentes aos doentes que suspenderam HD – 96 doentes em 2017 (SPN, 2018).

Face a esta problemática, a DGS criou uma norma de orientação, acerca das opções de TSFR, norma número: 017/2011, atualizada em 2012 - Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5. Surgiu com objetivo de apresentar e esclarecer as opções terapêuticas da DRC em estágio 5, não esquecendo o TC como opção esclarecida e a eventual suspensão de diálise, particularmente em doentes com diversas e graves comorbilidades (DGS, 2012).

No contexto português, e de acordo com a referida norma, o TC consiste na aplicação de medidas terapêuticas sem recorrer à diálise, em situações que não está indicado ou não é possível efetuar transplante ou, ainda, quando este não faculta uma esperança e uma qualidade de vida superiores à oferecida pelo TC.

Assim, o TC é a aplicação de tratamentos não invasivos e de medidas cujos objetivos são: eliminar ou atenuar os sintomas de doença, proporcionando o maior bem-estar e o menor sofrimento possíveis; e fornecer apoio não diferenciado (acompanhamento, alimentação, higiene pessoal, levante, manutenção do domicílio) quando necessário.

São indicações para o TC: a opção consciente e informada do doente; coma irreversível; ausência irreversível de vida de relação; estado demencial grave e irreversível; impossibilidade técnica ou clínica de tratamento dialítico e de transplantação renal; coexistência de outra doença que condicione curta esperança de vida; coexistência de outra doença ou condição, física ou psíquica, que condicione, previsivelmente, severo e irreversível sofrimento (DGS, 2012).

De acordo com a KDIGO o TC é adequado ao indivíduo com uma TFG <15 ml/min/1.73m<sup>2</sup>, estágio 5. Define que o TC não inclui diálise, o que não implica uma filosofia “sem cuidados” nem que a morte é iminente. Na verdade, o cuidado é holístico e centrado no doente, recorrendo a uma equipa multidisciplinar com a finalidade de atrasar a progressão de doença e minimizar as complicações da DRC (KDIGO, 2012).

É a tomada de decisão compartilhada dos intervenientes no processo de doença, utilizando a comunicação eficaz para o planeamento antecipado de

cuidados, a gestão dos sintomas, e o apoio psicológico, social e familiar; e apoio no cuidado cultural e espiritual necessários a cada doente (Davison et al., 2015).

Esta abordagem multidisciplinar é vantajosa para os doentes e família, na adaptação às possíveis alterações da DRC. O número de doentes com DRC estágio 5 em TC tem aumentado e estes necessitam de controlo sintomático semelhante ao doente oncológico, mas com sintomas diferentes sendo importante discutir a implicação dos cuidados paliativos (CP) no TC (Murtagh et al., 2007). A instituição precoce dos CP é importante para a melhoria da qualidade de vida destes doentes (Moura Neto et al., 2017).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), CP é a abordagem realizada por uma equipe multidisciplinar, que melhora a qualidade de vida do doente e seus familiares, face ao problema associado às doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (World Health Organization, 2019b).

Assim, o TC fornece uma visão holística, em que os cuidados são centrados no doente percorrendo um processo da melhor escolha do caminho de cuidado que visa preservar a sua função e qualidade de vida, através da gestão da doença, no controle dos sintomas e cuidados de até o fim da vida (Wasylynuk & Davison, 2017).

Face a esta problemática considero pertinente, presente proposta de um projeto de implementação de um programa de tratamento conservador para os doentes renais crónicos em estágio 5 do serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar em causa.

## **2. CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRESTADOS À PESSOA COM ALTERAÇÃO DA ELIMINAÇÃO RENAL**

Um problema de investigação surge do interesse e da sua necessidade em fornecer conhecimentos úteis á compreensão e melhoria da situação, que necessita de solução, melhoramento ou modificação (Fortin, Côté, & Filion, 2009). Uma das competências do enfermeiro especialista, é a investigação na sua área de intervenção, de forma a suportar a prática clínica e adequar os cuidados de acordo com a melhor evidência.

Ao longo da minha prática clínica, deparo me cada vez mais com inquietações acerca dos cuidados de enfermagem a prestar à Pessoa com alteração da eliminação renal, sendo esta cada vez mais idosa, com várias comorbilidades e maior prevalência na HD. A evolução tecnológica dos procedimentos traz avanços e ganhos em saúde, mas será sempre esta a necessidade da população? Será sempre a diálise a resposta?

Os atuais paradigmas de cuidado para essa população altamente vulnerável são variáveis, o prognóstico e as ferramentas de avaliação são limitadas, e a qualidade do atendimento, particularmente em relação aos cuidados conservadores e paliativos, é subvalorizada.

Na Conferência de Controvérsias da KDIGO identificou-se o TC como uma prioridade a melhorar nos cuidados centrados à pessoa com DRC (Pacilio et al., 2016). Esta conferência permitiu o estado atual do conhecimento sobre este tema, para definir, orientar atividades clínicas e de pesquisa focada na melhoria dos resultados desta população, incluindo o desenvolvimento de diretrizes aplicáveis globalmente.

Procuro conhecer e dar a conhecer, a abordagem do TC como uma melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem sendo pertinente, reunir o melhor conhecimento disponível sobre esta modalidade terapêutica da DRC estágio 5 e que já está prevista na lei portuguesa.

Como futura enfermeira especialista procuro deter um conhecimento aprofundado neste domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, capaz de

demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2010).

Não existindo o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica área de Enfermagem Nefrológica em Portugal, dado a crescente complexidade e diferenciação dos cuidados ao doente renal crónico, coloca em evidência a necessidade de reconhecimento e certificação de um percurso profissional de enfermagem especializado no domínio da nefrologia.

Pelo mundo, existem países e instituições que têm dado o seu contributo, onde a problemática é abordada e onde é dada extrema importância ao papel do enfermeiro nesta área. Na Europa, a European Dialysis and Transplant Nurses Association (EDTNA/ERCA), centra-se na educação e desenvolvimento contínuo dos enfermeiros, promovendo a investigação e atualização constantes dos padrões de cuidados. Defende que as complexidades da DRC exigem a prestação de cuidados que respondam a uma ampla variedade de necessidades físicas, sociais e psicológicas, que colocam o enfermeiro dentro de uma equipa multidisciplinar, como defensor do doente renal, garantindo a sua dignidade, crenças, valores e contexto cultural. Atribui especial ênfase à Enfermagem no apoio, educação, prevenção de complicações e reabilitação dos doentes (EDTNA/ERCA, 2000).

Desta forma definiu para o enfermeiro de Nefrologia, um modelo abrangente com vários domínios clínicos fornecendo intervenção e apoio nos vários estádios da DRC (EDTNA/ERCA, 2018). Neste modelo, criou o perfil do enfermeiro no Tratamento conservador e nos Cuidados Paliativos para a DRC.

Assim, no perfil do enfermeiro de tratamento conservador é imperativo que os enfermeiros que trabalham nesse domínio tenham fortes habilidades de tomada de decisão. Em colaboração com a equipa multidisciplinar, os enfermeiros em nefrologia podem desenvolver planos de cuidados abrangentes com foco na gestão de sintomas e na melhoria da qualidade de vida e outras habilidades avançadas podem incluir controle de sintomas, controle da dor, aconselhamento e apoio psicológico (EDTNA/ERCA, 2018).

Para a área de Cuidados Paliativos, defende que os enfermeiros de Nefrologia precisam de habilidades para avaliar os doentes quanto à dor e conforto geral e trabalhar com eles para completar seus desejos. São

importantes habilidades de comunicação e inteligência emocional para cuidar de doentes e familiares durante o luto. Dependendo do sistema de cuidados de saúde, as equipas especializadas em cuidados paliativos podem estar envolvidas no apoio ou coordenação desses cuidados, no entanto para muitos doentes, o serem tratados pela nefrologia por muitos anos é importante para os doentes e suas famílias que a equipe de nefrologia continue a apoiá-los, garantindo uma morte digna e pacífica (EDTNA/ERCA, 2018).

As dimensões que devem ser abordadas no TC são a tomada de decisão, o plano antecipado de cuidados, o controlo sintomático, a qualidade de vida e as necessidades em fim de vida (ANNA, 2017), sendo estas premissas utilizadas nesta proposta de programa de TC.

A implementação de um programa de TC da DRC, está dependente da organização do próprio sistema nacional de saúde de Portugal e adaptação dos recursos de cada unidade de cuidados de saúde, pelo que com esta proposta espero conseguir iniciar este caminho na minha unidade hospitalar.

### **3. A POPULAÇÃO DE DOENTES COM DRC EM PROGRAMA AMBULATÓRIO DE HEMODIÁLISE DESTA UNIDADE**

A unidade de HD referida, assegura o atendimento aos doentes internados no hospital em que se insere e nos hospitais da área de influência, bem como cerca de 60 doentes crónicos em ambulatório e apoio às clínicas de HD da sua área geográfica.

Para tal, dispõe de 15 postos de tratamento, distribuídos por 4 salas (A, B, C, D). A sala C destina-se a doentes portadores de vírus VIH, com um posto de isolamento físico e a sala D para portadores de Hepatite B.

A unidade tem um dos maiores programas de HD ambulatória hospitalar, no que respeita à população, justifica-se a realização do tratamento em hospital dada a instabilidade da sua situação clínica ou social.

Referente ao ano de 2018, os dados casuísticos desta unidade, e amavelmente facultados, verificou-se um total de 33 doentes iniciaram o seu primeiro tratamento, dos quais 24 tinham mais de 65 anos e 16 tinham mais de 80 anos. A idade média dos doentes em HD da unidade em 2018 é 60 anos, com maior prevalência do sexo masculino. Como etiologia da doença renal verificou-se maior incidência a hipertensão arterial; diabetes e glomerulonefrite crónica, indo de encontro à literatura consultada.

A mortalidade da população de doente na unidade foram 19 casos, 14 doentes com mais de 65 anos e 11 com mais de 80 anos, sendo que 4 doentes nos primeiros 90 dias de tratamento. As causas da mortalidade dos doentes que morreram nos primeiros 90 dias após iniciarem TSFR foram causas cardiovasculares, morte súbita e infecção não relacionada com acesso vascular.

As causas de morte verificadas em 2018 nesta população foram causas cardiovasculares, morte súbita, infecção não relacionada com acesso vascular, neoplasia e caquexia.

Limitando o tempo ao meu contexto de ensino clínico, o mês de Janeiro de 2019, verifiquei que a unidade apresenta neste mês, 60 doentes em programa regular de HD, em regime de ambulatório com idades compreendidas entre os 93 anos e 24 anos, a maioria do sexo masculino.

Como acesso vascular, o cateter venoso central tunelizado é o acesso vascular mais frequentemente (43), seguindo-se as fístulas arteriovenosas (14) e os enxertos arteriovenosos sintéticos feitos de politetrafluoretileno (3), ao contrário do que preconizam as melhores práticas. De acordo com a literatura e experiência clínica, a FAV é reconhecida como o melhor acesso vascular para a realização de HD, sendo o *Gold standard* pois proporciona os melhores resultados tanto a curto como a longo prazo, o melhor rácio custo-eficiência e custo-utilidade (EDTNA/ERCA, 2015).

Este facto poderá justificar-se como decorrente da referenciação tardia dos doentes à consulta de Nefrologia e posteriormente à consulta de Acessos Vasculares, obrigando ao início de HD, com acesso de implantação rápida, sem a possibilidade de construção atempada de acesso arteriovenoso e a sua maturação.

Empiricamente a equipa de saúde caracteriza esta população de doentes idosa, dependentes de cuidadores nas suas actividades diárias, vulnerável e frágil, com várias comorbilidades e com deficiências cognitivas.

Para melhorar e caracterizar a população desta unidade de HD, apliquei o Índice de Barthel para avaliar o grau de independência dos doentes da população em programa de ambulatório de HD. Verifiquei 32 doentes da população da unidade durante este período de estágio e independente nas suas necessidades, cerca de metade é dependente em todas as necessidades avaliadas nesta escala (alimentação, transferências, toalete, utilização do WC, banho, mobilidade, subir e descer escadas, vestir, controlo intestinal e controlo urinário).

Os 28 doentes dependentes, a maioria está institucionalizada (instituições da comunidade) e os restantes residentes com familiares e cuidadores (3).

Face aos resultados das características da população da unidade de HD que observei durante este ensino clínico poderá deve ser ponderada uma nova abordagem a esta população, pois aplicando os critérios descritos na literatura, começando pela questão surpresa: ficaria surpreendido se este doente falecesse no prazo de 12 meses? (validada para doentes renais crónicos como sendo preditiva de mortalidade quando a resposta é negativa), e os restantes como a idade maior que 80 anos, se o doente é institucionalizado, a albumina

plasmática menor 3 g/dl e ter como diagnóstico demência, alguns destes doentes se incluem nestes critérios.

A evolução e crescimento dos serviços de saúde permitiu oferecer tratamento dialítico a um número cada vez maior de doentes e paralelamente a sobrevida em diálise. Desta maneira, os doentes em diálise são cada vez mais numerosos, mais idosos e com maior número de comorbilidades e em diversos doentes isso não está associado à melhoria da qualidade de vida.

Perante estas condições, é necessário avaliar individualmente cada doente em relação ao tratamento dialítico, o que implica reflexões sobre iniciar, manter ou suspender o tratamento e as equipas multidisciplinares envolvidas no cuidado destes doentes se preparem para abordar o doente e família de forma holística.

No ano de 2018 nesta unidade de HD interromperam por abandono ou suspenderam tratamento 0 doentes, perante algumas das características da população, aparentemente a decisão de suspender é difícil para a equipa multidisciplinar de saúde.

Perante os resultados de alguns doentes desta unidade hospitalar, considerando esta população altamente vulnerável, apesar das limitações do prognóstico e as ferramentas de avaliação limitadas, aqui é subvalorizada a ideia de prestação de cuidados conservadores e paliativos. Assim é necessário traçar um caminho alternativo, conhecer o estado atual do conhecimento sobre este tema, para definir, orientar atividades clínicas e de pesquisa focadas na melhoria dos resultados desta população, para o desenvolvimento de diretrizes possíveis de aplicar neste sentido, mesmo que com algumas limitações.

Inquietações como esta foram o alicerce para desenvolver o tema do tratamento conservador como alternativa ao tratamento substitutivo da função renal da pessoa com DRC em estágio 5, considerando e acreditando que nem sempre a diálise é o melhor tratamento para todos os doentes.

Procuro dar a conhecer a abordagem do TC como uma melhoria de qualidade de cuidados ao doente com DRC que já está prevista na lei portuguesa pela norma número 017/2011 actualizada a 2012 da DGS, em que os enfermeiros devem estar na vanguarda desta temática pela natureza dos cuidados prestados holísticos e centrados no doente e também pela relação terapêutica que se desenvolve com estes doentes.

## **4. PROGRAMA DE GESTÃO DO TRATAMENTO CONSERVADOR DA DRC**

### **4.1. Objetivo**

O presente projeto tem por objetivo prestar estes cuidados holísticos, por uma equipa multidisciplinar, ao doente que opte por não escolher uma técnica dialítica, que não reúne condições ou que não beneficie da mesma. Centra-se na opção não dialítica, o TC.

Tem os seus alicerces nos princípios de um programa de tratamento conservador, baseado nos direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida de acordo com a Lei número 31/2018 e na norma número 017/2011 da DGS.

### **4.2. Equipa e protocolo de articulação**

A equipa ideal que deve cuidar de um doente em TC deve ser uma equipa multidisciplinar formada por médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social e nutricionista.

Os elementos da equipa envolvida deverão ter pelo menos formação básica na área de CP, de acordo com as directivas da DGS definidas no Plano Nacional de Cuidados Paliativos.

A articulação, se necessário deve enleiar-se com a equipa intra-hospitalar de CP para os doentes com carência de cuidados mais diferenciados.

A nível da comunidade, a referenciação articula-se à rede nacional de cuidados continuados integrados, conforme o circuito legal em vigor.

Em particular, do 5 sinal vital DOR, a equipa articula-se com a Unidade de Dor, sempre que necessário.

### **4.3. Concepção e espaço físico**

O acompanhamento dos doentes será feito numa consulta, com o nome consulta tratamento conservador da DRC, com horário a estabelecer de acordo com a disponibilidade de toda a equipa, e com frequência a determinar perante as necessidades da população.

O espaço físico deverá ser no hospital de ambulatório, numa sala com infra-estruturas e equipamento necessário à actividade, tal como:

- espaço com cadeirão para doente,
- mesa e cadeiras para família e membros da equipa,
- armário para arquivo de processos do doente e de material de avaliação dos doentes,
- bancada com material consumível,
- computador e teclado para registo informatizado.

## 5. DIMENSÕES DO TRATAMENTO CONSERVADOR

Com base na literatura as dimensões associadas no TC que devem ser abordadas são a tomada de decisão, o plano antecipado de cuidados, o controlo sintomático, a qualidade de vida e as necessidades em fim de vida (ANNA, 2017).

### 5.1. Tomada de decisão

Participação na construção e tomada de decisão consciente e partilhada do doente. A selecção de doentes poderá ser por duas situações:

1 – o doente enviado à consulta de opções do tratamento da DRC, que opte pela opção de tratamento conservador, após esclarecido e consciente da opção e com consentimento assinado (declaração de esclarecimento e de opção por modalidade terapêutica renal crónica avançada e de unidade de tratamento).

2 – o doente sem capacidade de escolha, e que não disponha de directiva avançada da vontade ou de procurador, nos termos legais, é sinalizado pelo nefrologista assistente para ser acompanhado na consulta de tratamento conservador.

O método de selecção por critérios:

- pergunta surpresa: ficaria surpreendido se este doente falecesse no prazo de 12 meses? (validada para doentes renais crónicos como sendo preditiva de mortalidade quando a resposta é negativa)

- outros:

Idade maior que 80 anos

Doente institucionalizado

Albumina plasmática menor 3 g/dl

Demência

No estágio 5, o doente pode ser alvo, se existir perspectiva que não há benefício com a TSFR por condição clínica ou por vontade própria do doente.

Durante este processo de selecção deve estar envolvida a família/cuidadores principais do doente.

## **5.2. Plano avançado de cuidados**

Participação no plano avançado de cuidados (planear os melhores cuidados baseados no desejo do doente, discutindo todo o percurso natural da doença até morte e os cuidados necessários);

Conhecer ferramentas para avaliação de possível prognóstico da DRC e sua aplicação, existe algumas lacunas nesta área do conhecimento, mas a literatura sugere a utilização do Índice de Karnofsky, instrumentos de avaliação de actividades de dia a dia como Índice Barthel e. Avaliação de comorbilidades (índice de charlson modificado).

A questão surpresa “Ficaria surpreso se o doente morresse nos próximos 12 meses ?”, identifica o doente com elevado risco de mortalidade e que beneficia do TC em prol virtude da qualidade de vida.

Assim, após opção esclarecida do doente ou encaminhamento do nefrologista assistente do doente, deve-se planear o seguimento desta opção com envolvimento de todos os elementos da equipa multidisciplinar.

- avaliar individualmente doente e família,
- esclarecer dúvidas e encaminhamento segundo as necessidades detectadas na entrevista,
- dar apoio ao doente e família,
- fazer follow up,
- fazer articulação com equipa paliativa sempre se justifique,
- fazer apoio à família no luto, após morte do doente.

### **5.3. Controlo de sintomas**

O controlo de sintomas de acordo com os estudos, o doente com DRC apresenta mesma sintomatologia que doentes com cancro. Para controlo de sintomas e gestão de medidas terapêuticas optar por recurso a escalas para avaliação de sintomas POS-S renal - palliative care outcome scale renal.

Os sintomas mais comuns da DRC estágio 5 são a fadiga, prurido, obstipação, anorexia, dor, distúrbios sono, ansiedade, dispneia, náuseas, síndrome pernas inquietas e depressão.

### **5.4. Qualidade de vida**

Pretende-se uma visão holística e centrada no doente, focada na sua qualidade de vida (recurso a princípios associados ao CP) e domínio sobre a qualidade de vida (aplicação de ferramentas de avaliação, possíveis escalas).

### **5.5. Necessidades em fim de vida**

Este programa pretende o apoio à família e cuidadores, baseado numa boa comunicação acerca do fim de vida, fazendo por estar presente no fim de vida. São atendidas necessidades de suporte religioso/espiritual.

O apoio à família no luto faz também parte de uma estratégia integrada de acompanhamento do doente.

## 6. CONCLUSÃO

Este trabalho realizado é uma das atividades do estágio que programei no meu projeto de estágio.

Como futura enfermeira especialista na área de Nefrologia pretendo demonstrar com evidências, sua contribuição significativa para o valor acrescentado de saúde através de melhorias no bem-estar do paciente, resultados clínicos, melhores serviços e redução de custos.

Face ao envelhecimento da população, do aumento da prevalência de doenças crónicas e da expansão contínua das tecnologias de manutenção da vida, antevjo que o TC caminhe para ser um tema pertinente e de discussão no meio, com impacto crescente sobre a prática do nefrologista e com o surgimento de orientações e regulações sobre o acesso à diálise.

Como enfermeira e parte integrante da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados, serão as competências desenvolvidas que me vão permitir responder de uma forma dinâmica às necessidades de cuidados de saúde da população com DRC estágio 5.

A elaboração desta proposta foi um desafio pois o tema TC na DRC não é uma prática geral comum nos cuidados e para a sua operacionalização existem várias barreiras, pois a equipa de nefrologia está treinada e centrada na intervenção direta nos processos da doença e no seu tratamento de opção dialítica.

A nível pessoal considero ser um tema interessante, inovador e pouco abordado, o que é estimulante, e gostaria de um dia futuro fosse implementado com objetivo da melhoria da qualidade dos cuidados e satisfação dos doentes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANNA. (2017). *Contemporary Nephrology Nursing*. (Sandra M. Bodin Editor, Ed.) (3rd Editio).
- Brück, K., Stel, V. S., Gambaro, G., Hallan, S., Völzke, H., Ärnlöv, J., ... Jager, K. J. (2016). CKD Prevalence Varies across the European General Population. *Journal of the American Society of Nephrology*. <https://doi.org/10.1681/ASN.2015050542>
- Davison, S. N., Levin, A., Moss, A. H., Jha, V., Brown, E. A., Brennan, F., ... Obrador, G. T. (2015). Executive summary of the KDIGO Controversies Conference on Supportive Care in Chronic Kidney Disease: Developing a roadmap to improving quality care. *Kidney International*, 88(3), 447–459. <https://doi.org/10.1038/ki.2015.110>
- DGS. (2012). Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5. *Norma Da Direção-Geral Da Saúde n.º 017/2011 de 28/09/2011 (Atualizado a 14/06/2012)*, 1–35.
- EDTNA/ERCA. (2000). Nephrology Nurse Profile.
- EDTNA/ERCA. (2015). *Acesso Vascular: Canulação e Cuidado. Manual de boas práticas de enfermagem para a fístula arteriovenosa*. (M. T. Parisotto & J. Pancirova, Eds.) (2ª ed). Suiça. Retrieved from [https://www.edtnaerca.org/resource/edtna/files/Vascular\\_Access\\_book\\_pt.pdf](https://www.edtnaerca.org/resource/edtna/files/Vascular_Access_book_pt.pdf)
- EDTNA/ERCA. (2018). *THE PROFILE OF NEPHROLOGY NURSING The Fundamental Roles of Nephrology Nurses caring for Individuals with Kidney*.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. (Lusodidacta, Ed.). Montreal.
- Hobbs, F. D. R., Hill, N. R., Hirst, J. A., Oke, J. L., O'Callaghan, C. A., Fatoba, S. T., & Lasserson, D. S. (2016). Global Prevalence of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos One*, 11(7), e0158765. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158765>
- KDIGO. (2012). Guidelines for evaluation and management of chronic kidney disease in adults. *Official JOurnal Of the InternatiOnal SOciety Of NephroIOgy KDIGO*, 3(1). <https://doi.org/10.1038/kisup.2012.76>

- Moura Neto, J. A., Moura, A. F. de S., & Suassuna, J. H. R. (2017). Renouncement of renal replacement therapy: withdrawal and refusal. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 39(3), 312–323. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20170054>
- Murtagh, F. E. M., Marsh, J. E., Donohoe, P., Ekbal, N. J., Sheerin, N. S., & Harris, F. E. (2007). Dialysis or not? A comparative survival study of patients over 75 years with chronic kidney disease stage 5. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 22(7), 1955–1962. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfm153>
- NKF/KDOQI. (2002). *CLINICAL PRACTICE GUIDELINES For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification*. (National Kidney Foundation K/DOQI, Ed.), *American Journal of Kidney Diseases* (Vol. 40). New York: National Kidney Foundation, Inc. [https://doi.org/10.1016/S0272-6386\(02\)70054-1](https://doi.org/10.1016/S0272-6386(02)70054-1)
- O'Connor, N. R., & Kumar, P. (2012). Conservative Management of End-Stage Renal Disease without Dialysis: A Systematic Review. *Journal of Palliative Medicine*, 15(2), 228–235. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0207>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento n.º 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros e que regulamenta as competências comuns do Enfermeiro Especialista, 8648–8653.
- Pacilio, M., Minutolo, R., Garofalo, C., Liberti, M. E., Conte, G., & De Nicola, L. (2016). Stage 5-CKD under nephrology care: to dialyze or not to dialyze, that is the question. *Journal of Nephrology*, 29(2), 153–161. <https://doi.org/10.1007/s40620-015-0243-8>
- RNEHRNEFROLOGIA. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - nefrologia. *Sns*, 64. <https://doi.org/10.1016/j.petrol.2010.03.031>
- SPN. (2018). Gabinete do Registo da Doença Renal Crónica da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, 1–118. Retrieved from [http://www.spnefro.pt/tratamento\\_da\\_doenca\\_renal\\_terminal/2018/tratamento\\_da\\_irct/305](http://www.spnefro.pt/tratamento_da_doenca_renal_terminal/2018/tratamento_da_irct/305)
- Stengel, B., Levey, A. S., Gansevoort, R. T., Feldman, H. I., Wiecek, A., Harris, D. C., ... Hu, J.-R. (2017). Action plan for determining and monitoring the prevalence of chronic kidney disease. *Kidney International Supplements*, 7(2), 63–70. <https://doi.org/10.1016/j.kisu.2017.07.002>

Wasylynuk, B. A., & Davison, S. N. (2017). Conservative kidney management: An alternative care pathway for patients unlikely to benefit from dialysis. *CANNT Journal*, 27(2), 35–41. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=123661266&site=ehost-live>

World Health Organization. (2019). WHO Definition of Palliative Care.

Apêndice XVI:  
Ação de formação sobre o TC da DRC estágio 5

# Tratamento conservador DRC estágio 5

Cláudia Lopes  
Aluna do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica




1

## DRC estágio 5

Portugal:

- Idade média dos doentes em TSFR tem vindo a aumentar;
- Idade 65-80 anos: 40,4%
- Maiores que 80 anos: 21,9%



Source: ESEL, Transição Clínica da Doença Renal Crónica em Portugal - Síntese Estatística de Registo 2017 (2018). Lisboa: ESEL, 2018.

2

## DRC estágio 5

- Maiores prevalência em HD.



Source: ESEL, Transição Clínica da Doença Renal Crónica em Portugal - Síntese Estatística de Registo 2017 (2018). Lisboa: ESEL, 2018.

3

## DRC estágio 5

- Taxa de mortalidade dos doentes em HD em 2017 foi 13,03%
- 83,03% das 1350 mortes: mais de 65 anos
- 43,03% mais de 80 anos
- 7,8% das mortes ocorreram durante os primeiros 90 dias após início de HD.

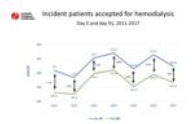


Source: ESEL, Transição Clínica da Doença Renal Crónica em Portugal - Síntese Estatística de Registo 2017 (2018). Lisboa: ESEL, 2018.

4

## Mortalidade

- 5,8% Mortalidade nos primeiros 90 dias




Source: ESEL, Transição Clínica da Doença Renal Crónica em Portugal - Síntese Estatística de Registo 2017 (2018). Lisboa: ESEL, 2018.

5

## DRC estágio 5

- Death causes during the first 90 days of HD 2017
- Deaths in hemodialysis 2017-2017



Source: ESEL, Transição Clínica da Doença Renal Crónica em Portugal - Síntese Estatística de Registo 2017 (2018). Lisboa: ESEL, 2018.

6

## DRC estágio 5



7

“O tratamento conservador como alternativa ao tratamento substitutivo da função renal na pessoa com doença renal crónica estágio 5”

8

### DRC estágio 5

Em Portugal, desconhece-se o número de doentes que, por ano, opta pelo tratamento conservador médico em estágio 5 (em 2017 - 96 doentes suspenderam HD)

Patients movement in 2017

Fonte: DGS (2017). Tratamento Médico da Doença Renal Crónica em Estágio 5. Relatório Anual de Atividades e Resultados. Lisboa: DGS.

9

### DRC estágio 5

ACZ constitui, para a maioria de doentes, a melhor opção de qualquer idade, acompanhada de comorbilidades visíveis e graves

TFRR pode não constituir o melhor tratamento para a maioria de doentes, devido ao custo, aos efeitos secundários e à necessidade de cuidados de saúde de qualidade de vida.

Doentes que ponderam as alternativas como o tratamento médico conservador da DRC em estágio 5 e o "tratamento conservador de Alto Custo" (TFRR).

10

### DGS: Norma 017/2011 atualizada 2012

11

### DGS: Norma 017/2011 atualizada 2012

Fornece um acompanhamento clínico do doente que é obrigatório e um plano de tratamento individualizado com o doente à escolha do melhor tratamento para a sua pessoa, no seu contexto individual e familiar, de acordo com as suas expectativas e opções de vida, o que poderá passar pelo tratamento sintomático (paliativo) da DRC ou pela opção de suspensão da terapêutica dialítica.

Desse forma, há necessidade de modificar o paradigma da obrigatoriedade de oferecer o mesmo tratamento a todos os doentes, devendo esta ser esclarecida das alternativas de qualidade de vida perante um diagnóstico DRC.

Fonte: DGS (2012). Norma 017/2011 atualizada. Lisboa: DGS.

12

### DGS: Norma 017/2011 atualizada 2012

As modalidades terapêuticas da doença renal crónica em estágio 5 são:

- a transplantação renal;
- a hemodálise crónica e as técnicas de purificação extracorpóreas afins;
- a diálise peritoneal crónica;
- o tratamento médico conservador

Fonte: DGS (2012). Norma 017/2011 atualizada. Lisboa: DGS.

13

### Tratamento conservador

Consiste:

- na aplicação de medidas terapêuticas sem recorrer à diálise nem à transplantação renal;
- na aplicação de tratamentos não invasivos e de medidas cujos objetivos são:
  - Eliminar ou atenuar os sintomas de doença, proporcionando o maior bem-estar e o menor sofrimento possíveis;
  - Fornecer apoio não farmacológico (acompanhamento, alimentação, higiene pessoal, lavante, manutenção do domicílio) quando necessário.

**Exige uma investigação**

Fonte: DGS (2012). Norma 017/2011 atualizada. Lisboa: DGS.

14

### Tratamento conservador

Fonte: DGS (2012). Norma 017/2011 atualizada. Lisboa: DGS.

15

### Crítérios e indicações para prosseguir tratamento médico conservador

No respeito pelos preceitos éticos que regem a atividade médica, e sem prejuízo da livre e informada opção do doente, deve ser ponderado o tratamento conservador médico da DRC5, quer como primeira opção quer na suspensão de terapêutica de substituição da função renal, sempre que a situação clínica, mormente pela coexistência de comorbilidade que configure doença avançada e progressiva, faça prever que o tratamento dialítico não contribuirá para a reversão do seu estado mórbido, para o alívio da sua sintomatologia, para o prolongamento da vida do doente ou para a melhoria da sua qualidade.

Fonte: DGS (2012). Norma 017/2011 atualizada. Lisboa: DGS.

16

## Tratamento conservador

- Para que a opção seja prosseguida, é necessário que sejam observadas as seguintes condicionantes:
  - i. garantia de acompanhamento clínico em consulta para vigilância e controlo dos sintomas causadores de sofrimento associados à síndrome urémica, à eventual comorbilidade presente ou a qualquer outra causa, bem como garantia de acompanhamento individual relativamente a aspetos dos domínios psicológico e social;
  - ii. garantia de acesso a adequados cuidados continuados ou paliativos renais;
  - iii. articulação do acompanhamento do doente com os cuidados de saúde primários.

© European Society of Nephrology (ESN) - 2017. Este documento é propriedade da ESN e não pode ser reproduzido sem a sua autorização prévia.

17

## Pelo mundo

- Renal Physicians Association & ASN, 1999 / 2010
- CLAU, clinical considerations, 2005
- LYC Renal Association de Niere Guidelines, 2013
- Recomendações da Sociedade Chinesa N, 2014
- KDOQI conservativa, 2010
- Canadian Society of Nephrology: C
- European Best Practice Guidelines: E
- Norma 17 de DGS: opções em DRC 2011

18

## Portugal

- Assistência estruturada suporte renal
- Algumas experiências muito raras (Unidade Local de Saúde de Matosinhos e H. Matosinhos; Nephrocare Portugal; consulta Tratamento Conservador da DRC de Setúbal)

19

## Modelo Consulta do TC Setúbal

- Identificação prévia do doente em risco de DRC estágio 3 ou superior
- Caracterização prévia: história, exames laboratoriais de rotina e exames de imagem
- Classe de risco para o doente (baseado na presença de diabetes, hipertensão, doença cardíaca, doença renal crónica, doença hepática, doença autoimune, doença infecciosa, doença oncológica)
- Estado de saúde atual: sintomas, sinais vitais
- Estimativa de risco: DRC estágio, qualidade de vida e suporte de TC
- Indicação de terapia (medicação, dieta, suporte)
- Estado emocional
- Indicação de suporte psicológico
- Terminar consulta (despedida e sugestão de seguimento próximo DRC)
- Estabelecimento de ligação e contacto "para além da consulta" através de telefone, e-mail, mensagens
- Comunicação de dados de evolução e reavaliação (se necessário)
- Nota

20

## Equipa

- Médico
- Enfermeiro
- Psicólogo
- Assistente Social
- Nutricionista

(estes momentos, realizados apenas com o médico e pontualmente restantes intervenções se necessário)

21

## Enfermagem e TC em Portugal

- Consulta prevista nos cuidados de saúde em DRC estágio 3
- Não existem estudos a nível de TC dos cuidados de qualidade de enfermagem em cuidados renais
- Em Portugal não existe a especificidade de TCC nos cuidados de saúde renal. Na Europa, a enfermagem de Nefrologia TC:
  - Interactivo com o médico, investigador, agente de saúde e família
  - Atuação de uma equipa multidisciplinar
  - Processo baseado em evidência científica (baseado em dados, teoria)
  - Atuação e educação, treino, suporte e educação de todo o doente
  - Estabelecimento de ligação, contacto "para além da consulta"
  - Estabelecimento de ligação com o doente / sua rede de apoio e comunidade
  - De acordo com os cuidados de enfermagem de Nefrologia
  - Atuar como "terapeuta" do doente

© European Society of Nephrology (ESN) - 2017. Este documento é propriedade da ESN e não pode ser reproduzido sem a sua autorização prévia.

22

## Áreas intervenção do Enfermeiro de Nefrologia

- Europa, o enfermeiro de Nefrologia, é um modelo abrangente com várias domínios clínicos fornecendo intervenção e apoio nos vários estádios da DRC.

© European Society of Nephrology (ESN) - 2017. Este documento é propriedade da ESN e não pode ser reproduzido sem a sua autorização prévia.

23

## Perfil do Enfermeiro de tratamento conservador

- É imperativo que os enfermeiros que trabalham neste domínio tenham fortes habilidades de tomada de decisão.
- Em colaboração com a equipa multidisciplinar, os enfermeiros em nefrologia podem desenvolver planos de cuidados abrangentes com foco no gestão de sintomas e na melhoria da qualidade de vida
- Outras habilidades avançadas podem incluir controle de sintomas, controle da dor, aconselhamento e apoio psicológico.

© European Society of Nephrology (ESN) - 2017. Este documento é propriedade da ESN e não pode ser reproduzido sem a sua autorização prévia.

24

## Perfil do enfermeiro de cuidados paliativos

- Os cuidados paliativos consistem em cuidados de fim de vida e gestão de sintomas, dependendo do sistema de cuidados de saúde. Equipes especializadas em cuidados paliativos podem estar envolvidas no apoio ou coordenação desses cuidados.
- Para muitos doentes, o serem tratados pela nefrologia por muitos anos e é importante para os doentes e suas famílias que a equipe de nefrologia continue a apoiá-los, garantindo uma morte digna e pacífica.
- Os enfermeiros de Nefrologia precisam de habilidades de alto nível para avaliar os doentes quanto à dor e conforto geral e trabalhar com eles para completar seus desejos.
- Excelentes habilidades de comunicação e inteligência emocional são importantes para cuidar de doentes e familiares durante o luto.

Adaptado de: European Association of Palliative Care (EAPC). (2015). *European Palliative Care Curriculum Framework*. London: EAPC.

25

## Domínios da Gestão do Tratamento Conservador

O diagrama apresenta um retângulo vertical rotulado 'Tratamento conservador' à esquerda. À direita, há uma lista de domínios em caixas amarelas: 'Timidez de decisão', 'Plano antecipado de cuidados', 'Controlo sintomático', 'Qualidade de vida' e 'Necessidades em fim de vida'.

26

## Tomada de decisão

- Participação na construção e tomada de decisão consciente e partilhada do doente;

Adaptado de: European Association of Palliative Care (EAPC). (2015). *European Palliative Care Curriculum Framework*. London: EAPC.

27

## Plano antecipado de cuidados

- Participação no plano avançado de cuidados (planear os melhores cuidados baseados no desejo do doente, discutindo todo o percurso natural da doença até morte e os cuidados necessários);
  - Conhecimento de ferramentas legais possíveis de acordo com a legislação portuguesa

28

## Plano avançado de cuidados

- Conhecer ferramentas para avaliação de possível prognóstico da DRC e sua aplicação
  - Escala Karnofsky
  - Índice Barthel
    - Para indicar, maior o prognóstico de morte
  - A questão suposta "Ficaria surpreso se o doente morresse nos próximos 12 meses?"
    - Identifica doentes com elevado risco de mortalidade e que beneficiam de TC e qualidade de vida

Adaptado de: European Association of Palliative Care (EAPC). (2015). *European Palliative Care Curriculum Framework*. London: EAPC.

29

## Controlo sintomático

- Controlo de sintomas e gestão de medidas terapêuticas (recurso a escalas para avaliação de sintomas POS-S renal - palliative care outcome scale renal);
- Sintomas mais comuns DRC estágio 5: fadiga, prurido, obstipação, anorexia, dor, distúrbios sono, ansiedade, dispneia, náuseas, síndrome pernas inquietas e depressão.

Adaptado de: European Association of Palliative Care (EAPC). (2015). *European Palliative Care Curriculum Framework*. London: EAPC.

30

## Qualidade de vida

- Aplicação de princípios éticos com o doente e código deontológico da profissão;
- Visão holística e centrada no doente, focada na qualidade de vida do doente (recurso a princípios associados aos cuidados paliativos);
- Domínio sobre a qualidade de vida (aplicação de ferramentas de avaliação)

Adaptado de: European Association of Palliative Care (EAPC). (2015). *European Palliative Care Curriculum Framework*. London: EAPC.

31

## Necessidades em fim de vida

- Apoio à família e cuidadores;
- Boa comunicação acerca do fim de vida;
- Estar presente no fim de vida;
- Suporte religioso/espiritual.

Adaptado de: European Association of Palliative Care (EAPC). (2015). *European Palliative Care Curriculum Framework*. London: EAPC.

32



Apêndice XVII:  
Tabelas dos estudos selecionados

<b>Título do estudo - My kidneys, my choice, decision aid': supporting shared decision making.</b>	
<b>Autor</b>	Fortnum, D., Smolonogov, T., Walker, R., Kairaitis, L., & Pugh, D.
<b>Ano de Publicação</b>	2015
<b>Origem/País de origem</b>	Austrália
<b>Objetivos</b>	Uma equipa multidisciplinar na Austrália e Nova Zelândia (ANZ) desenvolveu uma ferramenta o "My Kidneys, My Choice", para ajudar a tomada de decisões e desenvolver melhores práticas no tratamento da doença renal.
<b>Metodologia</b>	Estudo descritivo
<b>Resultados</b>	É uma ferramenta de cinco secções centrada no doente disponível gratuitamente para todas as unidades ANZ para dar suporte ao processo de educação e tomada de decisão compartilhada na DRC. O cuidado conservador está incluído e os profissionais de saúde com domínio da comunicação facilitam a discussão sobre esta opção. A introdução na prática clínica da decisão compartilhada necessita de formação de profissionais de saúde, integrando todas as etapas da tomada de decisão compartilhada. Revisões de literatura sugerem que profissionais de saúde ou a resistência organizacional é um obstáculo para a decisão compartilhada. A literatura conclui que os resultados de cuidados conservadores conhecidos são comparáveis à diálise para aqueles que são idosos e têm múltiplas comorbidade.
<b>Principais conclusões</b>	O desenvolvimento desta ferramenta, promove a filosofia de tomada de decisão compartilhada, e está integrada na prática de educação ANZ perante o diagnóstico de DRC.

<b>Título do estudo - Elección de tratamiento conservador en la enfermedad renal crónica.</b>	
<b>Autor</b>	Teruel, J. L., Vion, V. B., Couto, A. G., Gorrín, M. R., Fernández-Lucas, M., Mendiola, N. R., & Quereda, C.
<b>Ano de Publicação</b>	2015
<b>Origem/País de origem</b>	Espanha
<b>Objetivos</b>	Conhecer a proporção de doentes com DRC submetidos a TC durante 12 meses.
<b>População do estudo e tamanho da amostra</b>	Todos os doentes com DRC estágio 5 atendidos nas varias áreas do serviço de Nefrologia de um hospital Madrid, entre 1 de julho de 2013 e 30 de junho de 2014.
<b>Metodologia</b>	Estudo descritivo
<b>Resultados</b>	Em 90 doentes (39%) foi decidido realizar tratamento conservador. As variáveis associadas à escolha do TC foram a idade, o índice de Charlson, o grau de dificuldade em andar e o grau de dependência funcional, com significância significativa nos 3 primeiros. A existência de uma doença grave com mau prognóstico a curto prazo foi a principal causa para o TC (49%) e a segunda foi a recusa do doente (26%). A taxa de mortalidade é superior no grupo do TC. A deterioração funcional foi a principal causa de não inclusão em diálise.
<b>Principais conclusões</b>	Caracteriza a população do TC nesta unidade. A idade, comorbilidades e incapacidade funcional foram as variáveis relacionadas à escolha do tratamento conservador. Enunciam a importância dos CP nesta opção.

<b>Título do estudo - <u>Treatment decisions for older adults with advanced chronic kidney disease.</u></b>	
<b>Autor</b>	Rosansky, S. J., Schell, J., Shega, J., Scherer, J., Jacobs, L., Couchoud, C., ... McNabney, M.
<b>Ano de Publicação</b>	2017
<b>Origem/País de origem</b>	EUA
<b>Objetivos</b>	Descrever o processo de tomada de decisão compartilhada nos doentes idosos com DRC.
<b>Metodologia</b>	Estudo descritivo
<b>Resultados</b>	Sugerem que a diálise não proporciona um benefício de sobrevida para idosos com baixa mobilidade e elevadas comorbilidades. Para otimizar o atendimento desta população, precocemente deve repetir-se vários momentos de informação no intuito da tomada de decisão por parte dos prestadores de saúde, doentes e famílias onde se deve considerar os riscos, benefícios da diálise versus TC, bem como os sintomas específicos do doente e situações clínicas que poderiam justificar o início da diálise adequando às metas e prioridades exclusivas de cada doente. Ao considerar o TC, pode incorporar uma abordagem de CP com vista ao apoio psicossocial e espiritual e controle de sintomas do doente.
<b>Principais conclusões</b>	É necessário um esforço das equipas multidisciplinares para informar os doentes e famílias de acordo com as preferências e objetivos do doente. O TC pode ser uma escolha razoável para doentes cujo o principal objetivo é manter sua independência e evitar tempo, dor e desconforto relacionados à diálise, bem como para doentes com mau estado funcional e período previsto de sobrevivência após início de diálise inferior a três meses.

<b>Título do estudo - <u>Symptom experience in non-dialysis-dependent chronic kidney disease: A qualitative descriptive study.</u></b>	
<b>Autor</b>	Pugh-Clarke, K., Read, S. C., & Sim, J.
<b>Ano de Publicação</b>	2017
<b>Origem/País de origem</b>	Reino Unido
<b>Objetivos</b>	Este explorou os sintomas em doentes com DRC estádios 4 e 5.
<b>População do estudo e tamanho da amostra</b>	Participantes com diagnóstico de estágios DRC não dependentes de diálise 4 ou 5, e idade de 18 anos ou mais e ser capaz de falar e ler Inglês
<b>Metodologia</b>	Estudo qualitativo descritivo
<b>Métodos de intervenção</b>	Foram realizadas dezoito entrevistas semiestruturadas com o uso de um roteiro de entrevista desenvolvido guia de discussão. Os dados foram analisados por meio de análise temática para identificar categorias de sintomas e padrões temáticos que o doente experienta.
<b>Resultados</b>	Os doentes relataram uma carga elevada de sintomas, com mais de 50 categorias e subcategorias emergindo dos dados da entrevista. As categorias de sintomas podem ser classificadas em sintomas físicos, tais como "gosto alterado", 'Distúrbio do sono' e 'Fadiga' e sintomas psicológicos, como 'Esquecimento', 'Má concentração' e "Uma sensação de diminuir gradualmente". Ressaltam que os doentes geralmente não relatam os sintomas aos médicos. É necessário a avaliação dos sintomas através de instrumentos para melhorar a qualidade dos cuidados e, subsequentemente, a QV dos doentes.
<b>Principais conclusões</b>	Os dados deste estudo sugerem que doentes com DRC no tratamento não dialítico nos estádios 4 e 5, os relatos dos sintomas podem estar inter-relacionados e manifestam-se tanto fisicamente como psicologicamente. A constatação de que os doentes não relataram rotineiramente os sintomas enfatizam a necessidade de os médicos incorporarem a avaliação consultas clínicas de rotina. A avaliação abrangente e monitoramento de sintomas é fundamental para o atendimento dessa população de doentes, além de identificar, implementar e avaliar as informações pertinentes estratégias de controle de sintomas.

<b>Título do estudo - <u>Quality of life at end of life.</u></b>	
<b>Autor</b>	Brown, E. A.
<b>Ano de Publicação</b>	2012
<b>Origem/País de origem</b>	Reino Unido
<b>Objetivos</b>	O objetivo do cuidado no final da vida é alcançar uma boa QV para o doente, quanto possível.
<b>Metodologia</b>	Estudo descritivo
<b>Resultados</b>	Os principais elementos de bons cuidados no final da vida: incluem antecipar o PAC para estabelecer o nível de cuidado acordado e local preferencial de atendimento, mudança apropriada de ênfase ativo para CP, incluindo retirada potencial de diálise, discussões contínuas com o doente e a família e controle dos sintomas no final da vida. Para conseguir isso, é importante ser realista sobre o prognóstico, ser capaz de reconhecer preditores de mau resultado e, em seguida, ser capaz de discutir com o doente e sua família para garantir controle dos sintomas, evitar intervenções que possam causar danos e então, à medida que o fim se aproxima, determine os desejos de o doente em relação ao local preferido de atendimento para morte inevitável-
<b>Principais conclusões</b>	Os doentes com DRC, particularmente com DM, geralmente têm um grande ônus de comorbidade vascular e daí um mau prognóstico geral. Infelizmente, os doentes e equipas de saúde geralmente têm expectativas irreais sobre resultados e receber intervenções ineficazes e muitas vezes prejudiciais para o seu fim de vida.

<b>Título do estudo - <u>Quality of Life of Patients with Advanced Chronic Kidney Disease Receiving Conservative Care without Dialysis.</u></b>	
<b>Autor</b>	Song, M. K
<b>Ano de Publicação</b>	2016
<b>Origem/País de origem</b>	EUA
<b>Objetivos</b>	Resume a evidências acerca das experiências de sintomas e QV de doentes em TC.
<b>Metodologia</b>	Estudo descritivo
<b>Resultados</b>	O estudo define o TC e as suas componentes. Dados sugerem que o cuidado conservador pode produzir experiências de sintomas e QV compatíveis com doentes em diálise. Relata os sintomas mais presentes nos doentes em TC (fadiga, prurido, dor, anorexia, dispneia) e o impacto deste na QV destes doentes. Apresenta os fatores que podem influenciar a escolha do doente pelo TC e refere os CP como uma componente do TC.
<b>Principais conclusões</b>	A manutenção da QV é um dos fatores que os idosos consideram como mais importante na decisão de uma opção de tratamento para DRC, mas a evidência é limitada para orientar esses doentes, famílias e profissionais de saúde que enfrentam decisões difíceis. Falta dados de qualidade sobre os resultados de cuidados conservadores também pela baixa prevalência como opção de TSFR.

<b>Título do estudo - <u>An appraisal of end-of-life care in persons with chronic kidney disease dying in hospital wards</u></b>	
<b>Autor</b>	Noble, H. R., Joan, B., Joanne, S., Damian, F., & Alexander, M.
<b>Ano de Publicação</b>	2015
<b>Origem/País de origem</b>	Irlanda
<b>Objetivos</b>	Avaliar os cuidados no fim da vida a doentes internados com DRC e seus cuidadores, durante um período de 12 meses na Irlanda.
<b>População do estudo e tamanho da amostra</b>	Dos 100 doentes, a maioria era do sexo masculino (n = 56) com idade média de 72 anos. Todos os doentes eram de etnia branca. No internamento hospitalar, 47% desses doentes DRC estavam em TSFR (42% de HD; 2% DP; 3% de TR); 29% com DRC estágio 4 ou 5 e 24% com lesão renal aguda.
<b>Metodologia</b>	Estudo retrospectivo
<b>Resultados</b>	Este estudo identifica uma população frágil com significativa comorbidade, mobilidade reduzida e repetidas internações em hospital. A vulnerabilidade desse grupo é evidente quando chegam ao fim da vida com pouca preparação no final da vida. O estudo reforça a necessidade de continuar a melhorar o atendimento oferecido a estes doentes. As áreas de foco incluem ajudar os doentes planearem os cuidados de fim de vida, identificando a morte de forma oportuna, identificando e gerindo os sintomas. O PAC é recomendado e envolve o processo de discussão, reflexão, compreensão e comunicação contínuas entre um doente, família e equipe de saúde, com o objetivo de esclarecer valores, preferências de tratamento e metas para os cuidados de fim de vida. Doentes e familiares precisam ser informados, no momento do diagnóstico, de que a DRC é uma doença vitalícia, para que possam planejar o impacto doença. No presente estudo, apesar de nenhum doente ter um PAC, que visa aumentar o envolvimento dos doentes em seus cuidados no final da vida. Em alguns casos, o doente estava inconsciente antes da conversa ocorreu e assim o o doente não pode participar. A avaliação holística das necessidades do doente e do cuidador é uma recomendação em estratégias de fim de vida apesar disso, não houve registro de nenhum cuidador ter passado por uma avaliação formal de suas necessidades este estudo. Este estudo destaca uma carga elevada de sintomas em doentes que morrem com doença renal avançada, sofrem uma carga de sintomas semelhante a doentes que morrem de cancro. Promovendo o cuidado apropriado ao fim da vida, adaptado às necessidades de um indivíduo e sua família, pode ser alcançado através de uma maior formação de profissionais e público geral.
<b>Principais conclusões</b>	Este estudo demonstra que os cuidados no final de vida para doentes com doença renal podem ser melhorados. A comunicação efetiva entre o doente, a família e a equipe multiprofissional é essencial.

<b>Título do estudo - <u>Palliative care in patients with advanced chronic kidney disease.</u></b>	
<b>Autor</b>	Wasylynuk, B. A., & Davison, S. N.
<b>Ano de Publicação</b>	2015
<b>Origem/País de origem</b>	Canadá
<b>Objetivos</b>	O estudo delinea uma estrutura conceitual para CP renais para doentes com DRC avançada e discute questões como carga de sintomas, trajetórias de doença, PAC e tomada de decisões complexas, incluindo decisões sobre o início, retenção e retirada da diálise e o papel e a responsabilidade da equipe de enfermagem em programas de CP renais.
<b>Metodologia</b>	Estudo descritivo
<b>Resultados</b>	O estudo define CP de acordo com a OMS, e apresenta o quadro conceptual para o conceito de CP renais. Identifica a população que pode beneficiar deste modelo utilizando ferramentas (escalas) para avaliação dos mesmos e prognósticos de risco de mortalidade. Apresenta avaliação de carga de sintomas, trajetórias de doença, PAC e tomada de decisões complexas, incluindo decisões sobre o início, retenção e retirada da diálise. Demonstra o papel e a responsabilidade da equipe de enfermagem em programas de cuidados paliativos renais.
<b>Principais conclusões</b>	A adoção de uma estrutura conceituada de CP, conforme descrito neste artigo, melhorará os resultados para doentes com DRC avançada. incluindo sua qualidade de vida e morte.

<b>Título do estudo - Renal supportive and palliative care: position statement.</b>	
<b>Autor</b>	Crail, S., Walker, R., & Brown, M.
<b>Ano de Publicação</b>	2013
<b>Origem/País de origem</b>	Austrália
<b>Objetivos</b>	O objetivo deste documento é delinear a abordagem necessária para os doentes em que a diálise não é considerada uma opção de TSFR e/ou de acordo com seus interesses.
<b>Metodologia</b>	Artigo de opinião
<b>Resultados</b>	Muitos nefrologistas já fizeram parte de sua prática usual de oferecer um caminho de "não-diálise" para doentes, mas muitos sentem-se incomodados ao tomar tais decisões. Esta questão tornou-se mais proeminente por causa do crescente número de doentes idosos com comorbidades, fragilidade ou mau estado funcional com DRC. As equipas de saúde devem dar ênfase a importância de fornecer o consentimento informado, com informações realistas acerca do processo da doença renal, incluindo os tempos de sobrevida esperados, a QV, e abertura para discussões acerca dos valores, questões espirituais e culturais do doente e família. Há uma forte ênfase neste documento sobre a incorporação de princípios éticos fundamentais no processo de tomada de decisão em relação às vias de diálise ou na gestão do tratamento não-diálise, diretrizes claras sobre como sintomas específicos que acompanham a DRC e orientações para fim do cuidado da vida. Relatam a experiência do envolvimento dos CP em articulação com a Nefrologia em desenvolver os CP renais.
<b>Principais conclusões</b>	É importante que os doentes e família sejam acompanhados antecipadamente nestes programas de CP renais muito antes do final da sua vida, para que eles estejam cientes das futuras trajetórias e se sentam apoiado em todo o processo da doença.

<b>Título do estudo - Supportive and palliative care for people with end-stage renal disease.</b>	
<b>Autor</b>	Hussain, J. A., & Russon, L.
<b>Ano de Publicação</b>	2012
<b>Origem/País de origem</b>	Reino Unido
<b>Objetivos</b>	Este artigo explora o papel dos CP nos idosos com DRC em estágio terminal e como esses serviços podem ser integrados na Nefrologia. Além disso, discute os desafios na tomada de decisões informadas compartilhadas sobre o tratamento de prolongamento da vida, como a diálise, e quais fatores que os estudos mostraram ser importantes quando se considera suspender e interromper o tratamento. Finalmente, descreve como gerir alguns dos sintomas complexos experimentados por doentes DRC estágio terminal.
<b>Metodologia</b>	Estudo descritivo
<b>Resultados</b>	A recomendação principal é o envolvimento do doente e das equipas no processo de tomada de decisão. Os CP devem trabalhar em conjunto com a equipa de Nefrologia desenvolvendo programas educacionais, ajudando o doente de forma holística. Faz referência à responsabilidade das duas equipas no processo de decisão, gestão da doença e controlo dos sintomas, incluindo a fase terminal com apoio psicossocial e espiritual nos cuidados de fim de vida.
<b>Principais conclusões</b>	Os CP têm um papel importante com os serviços de Nefrologia em fornecer bons cuidados de final de vida para doentes, contudo existe necessidade de expandir o número de serviços que assegurem as equipas de CP e Nefrologia em conjunto.

<b>Título do estudo - <u>Survival of patients ≥70 years with advanced chronic kidney disease: Dialysis vs. conservative care.</u></b>	
<b>Autor</b>	Echevers, Y. M., Gaibor, N. G. T., Pérez, N. N., Martin, F. B., Delgado, R. M., & Riscos, M. Á. G.
<b>Ano de Publicação</b>	2016
<b>Origem/País de origem</b>	Espanha
<b>Objetivos</b>	Observar a evolução de doentes idosos com DRC (estágios 4 e 5) e comparar a sobrevida de doentes com DRC em estágio 5 com e sem tratamento dialítico.
<b>População do estudo e tamanho da amostra</b>	314 doentes com idade ≥70 anos com estágio 4 e 5 DRC foram estudados, e 162 doentes apresentavam DRC estágio 5 no início do seguimento ou evoluíram para estágio 5 durante o estudo.
<b>Metodologia</b>	Estudo retrospectivo, observacional.
<b>Resultados</b>	Os resultados do estudo de doentes idosos com DRC - estágio 5, mostram que a sobrevida foi maior naqueles tratados com diálise em comparação com o grupo de TC, no entanto, a vantagem é perdida quando se considera doentes de idade (≥80 anos). A sobrevivência mais longa pode ser neutralizada se os dias de hospitalização ou aqueles dedicados às sessões de diálise. O acompanhamento prévio nas consultas é um fator importante na preparação destes doentes, na escolha da TSFR de acordo com a situação de cada doente.
<b>Principais conclusões</b>	A diálise leva em muitos casos, a um agravamento da QV e de acordo com o estudo, em alguns casos, nem prolonga a sobrevivência em comparação a doentes no TC. Neste grupo de doentes idosos (≥ 70 anos), observou-se que a diálise melhora a sobrevida em doentes selecionados de acordo com a idade e menores taxas de comorbilidades.

<b>Título do estudo - <u>Conservative kidney management: An alternative care pathway for patients unlikely to benefit from dialysis.</u></b>	
<b>Autor</b>	Wasylynuk, B. A., & Davison, S. N.
<b>Ano de Publicação</b>	2017
<b>Origem/País de origem</b>	Canadá
<b>Objetivos</b>	O objetivo deste estudo é definir o TC e descrever os principais componentes do cuidado nesta opção.
<b>Metodologia</b>	Estudo descritivo
<b>Resultados</b>	A prevalência da DRC em doentes idosos, com incapacidade funcional, comprometimento cognitivo e/ou altos níveis de comorbilidades tende a crescer. Embora a diálise possa proporcionar a alguns doentes idosos uma vantagem de sobrevida, esta é perdida na presença de altos níveis de comorbilidades e síndromes geriátricas, como a fragilidade ou a demência. O estudo sugere a definição de TC, dá ênfase ao cuidado centrado no doente de forma holística e a importância da tomada de decisão de acordo com a melhor informação disponível acerca do diagnóstico, incluindo os valores e objetivos de cada doente. Explora o papel da comunicação entre o doente, a equipa de saúde, e família durante o processo da doença, fundamental para a determinação do PAC. Salaria ainda a importância de uma rede apoio para o doente e família, o envolvimento de apoios da comunidade, cuidados primários e CP para que se sintam apoiados neste percurso.
<b>Principais conclusões</b>	O TC ganha popularidade mundial e é um caminho de tratamento alternativo aceitável para doentes que provavelmente não se beneficiam da diálise. Assim, este fornece cuidados holísticos centrados no doente, com o objetivo de preservar a função renal e a QV através da gestão da doença, controle dos sintomas e cuidados de suporte até o final da vida.

<b>Título do estudo - PAlliative Care in chronic Kidney diSease: the PACKS study—quality of life, decision making, costs and impact on carers in people managed without dialysis.</b>	
<b>Autor</b>	Noble, H. R., Agus, A., Brazil, K., Burns, A., Goodfellow, N. A., Guiney, M., ... Yaqoob, M. M.
<b>Ano de Publicação</b>	2015
<b>Origem/País de origem</b>	Reino Unido
<b>Objetivos</b>	Este estudo explorou a QV, os sintomas, a cognição, a fragilidade, a tomada de decisão, os custos e o impacto sobre os cuidadores dos doentes com DRC avançada na opção não dialítica.
<b>Metodologia</b>	Estudo prospetivo e longitudinal
<b>Métodos de intervenção</b>	Os doentes foram recrutados por enfermeiras e tinham tomado a decisão de não iniciar a diálise. Os cuidadores solicitados "aceitaram" com o consentimento dos doentes. A abordagem inclui levantamentos quantitativos longitudinais da QV, sintomas, tomada de decisão e custos para os doentes e QV e custos para os cuidadores, com questionários aplicados trimestralmente durante 12 meses. Além disso, o processo de tomada de decisão será explorado por meio de entrevistas qualitativas com nefrologistas e enfermeiros especialistas.
<b>Resultados</b>	O estudo irá traçar o perfil dos doentes e cuidadores em TC, e quando este é implementado, compreender as trajetórias de cuidados otimizando os CP nesta população. Desta forma explora as interações que levam às decisões de cuidados clínicos e o impacto dessas decisões sobre os cuidadores com a intenção de melhorar os resultados clínicos para os doentes e as experiências dos cuidadores. O número de doentes com DRC avançada que optam pelo TC, em vez de diálise, é desconhecido, mas provavelmente está a aumentar à medida que doentes cada vez mais frágeis.
<b>Principais conclusões</b>	Os doentes irão beneficiar de informações mais detalhadas sobre o a gestão do TC, incluindo a QV prevista sem diálise, as quais devem ser fornecidas no processo de tomada de decisão. O impacto nos cuidadores é o primeiro passo no desenvolvimento de melhoria da saúde para os cuidadores deste grupo de doentes. Os custos associados ao TC identificados, permitem a comparação com outras TSFR da DRC.

<b>Título do estudo - <u>THE PROFILE OF NEPHROLOGY NURSING: The Fundamental Roles of Nephrology Nurses caring for Individuals with Kidney.</u></b>	
<b>Autor</b>	EDTNA/ERCA
<b>Ano de Publicação</b>	2018
<b>Origem/País de origem</b>	Suíça
<b>Objetivos</b>	O objetivo deste livreto educativo é alcançar todos os profissionais de cuidados de saúde renal doentes com doença renal crônica, oferecendo-lhes a chance de aprender e aumentar a conscientização do papel dos enfermeiros em nefrologia
<b>Resultados</b>	O perfil do enfermeiro de TC é imperativo que os enfermeiros que trabalham nesse domínio tenham competências na área de tomada de decisão. Em colaboração com a equipe multidisciplinar, os enfermeiros em nefrologia podem desenvolver planos de cuidados abrangentes com foco na gestão de sintomas e na melhoria da qualidade de vida e outras habilidades avançadas que podem incluir controlo de sintomas, controle da dor, aconselhamento e apoio psicológico. No âmbito do perfil de CP, os enfermeiros de Nefrologia precisam de competências para gestão da dor, medidas de conforto e assegurar os desejos de cada doente. É importante a capacidade de comunicação e inteligência emocional para cuidar de doentes e familiares perante a morte e durante o luto.
<b>Principais conclusões</b>	O modelo recente da EDTNA/ERCA espelha a intervenção do enfermeiro de Nefrologia ao longo dos vários estádios da doença renal, onde apresenta o perfil do enfermeiro no TC e dos CP.

<b>Título do estudo - Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5</b>	
<b>Autor</b>	DGS
<b>Ano de Publicação</b>	28/09/2011 , atualizada a 14/06/2012
<b>Origem/País de origem</b>	Portugal
<b>Objetivos</b>	A presente Norma pretende normalizar de acordo com a prática médica as modalidades terapêuticas da Doença Renal Crónica em Estádio 5, o esclarecimento do doente sobre cada uma dessas modalidades e o seu procedimento, a opção livre e informada do doente por uma delas, as indicações clínicas para as iniciar e os procedimentos para avaliação do seu cumprimento.
<b>Metodologia</b>	Norma da DGS número 017/2011
<b>Resultados</b>	Aplicação desta norma a todos os doentes com DRC, implicando o seu consentimento informado e todo o esclarecimento acerca da doença e as TSFR. Emite informação sobre cada TSFR, incluindo o TC e o que este envolve no contexto português para a sua aplicação.

<b>Título do estudo - <u>The needs of older people with advanced chronic kidney disease choosing supportive care: a review.</u></b>	
<b>Autor</b>	Moustakas, J., Bennett, P., Nicholson, J., & Tranter, S.
<b>Ano de Publicação</b>	2012
<b>Origem/País de origem</b>	Austrália
<b>Objetivos</b>	Explorar as necessidades de pessoas idosas com DRC que escolheram o TC como TSFR.
<b>Metodologia</b>	Revisão da literatura
<b>Resultados</b>	Destacam-se 3 temas que desenvolvidos: a tomada de decisão compartilhada, a percepção de QV e o papel dos recursos educacionais. A tomada de decisão deve ser compartilhada de acordo com as Guidelines e tendo em conta que cada pessoa é única e a QV pretendida é de acordo com o doente suas expectativas de vida, sendo necessário uma mudança de atuação das equipas de saúde. Os idosos têm dificuldade em entender a informação transmitida pelas equipas de saúde, e os meios didáticos como panfletos apresentam fraca utilidade. Os profissionais de saúde devem estar conscientes das necessidades de alfabetização, estratégias e recursos podem ser realmente facilitam experiências educacionais de qualidade nesta população específica.
<b>Principais conclusões</b>	Esta revisão revelou uma escassez de resultados em relação às exigências educacionais da pessoa idosa com DRC perante a tomada de decisão sobre TSFR. Além disso, parece existir diferença entre as informações que um doente sente que precisa para tomar a decisão de fazer diálise ou não, em comparação com o que o profissional de saúde acha que o doente precisa.

<b>Título do estudo - Core Curriculum for Nephrology Nursing.</b>	
<b>Autor</b>	ANNA
<b>Ano de Publicação</b>	2015
<b>Origem/País de origem</b>	EUA
<b>Objetivos</b>	Produção do núcleo curricular para Enfermagem de Nefrologia
<b>Resultados</b>	Apresenta orientações específicas para os enfermeiros acerca do PAC, CP e cuidados no fim de vida a desenvolver com os doentes com doença renal

<b>Título do estudo - <u>Conservative Management of End-Stage Renal Disease without Dialysis: A Systematic Review.</u></b>	
<b>Autor</b>	O'Connor, N. R., & Kumar, P.
<b>Ano de Publicação</b>	2012
<b>Origem/País de origem</b>	EUA
<b>Objetivos</b>	Sumarizar as evidências sobre o TC e não-dialítico da DRC em relação ao prognóstico, a carga de sintomas e a QV.
<b>População do estudo e tamanho da amostra</b>	Doentes com DRC no estágio 5 tratados sem diálise
<b>Metodologia</b>	Revisão sistemática da literatura
<b>Resultados</b>	Esta revisão da literatura demonstrou que o TC pode ser uma opção viável para certos doentes, os mais idosos e com várias comorbidades. Nalguns estudos de prognóstico, os achados são variáveis quanto à possibilidade de a diálise prolongar a sobrevivência dos idosos em comparação ao TC. Chama atenção ainda, para o tempo de sobrevivência superior na diálise, mas os custos associados a isso. Existem limitações quando aos critérios não uniformes de prognóstico, avaliação de QV e carga de sintomas entre o TC e a diálise. Os doentes tratados em TC relatam uma carga elevada de sintomas, ressaltando a necessidade de CP concomitantes.
<b>Principais conclusões</b>	O TC é uma alternativa importante para discutir quando se aconselha doentes e familiares sobre as TSFR. Ao contrário da retirada da diálise, em que a morte iminente é esperada, os doentes que declaram não ao início da diálise, podem viver durante meses a anos com cuidados de suporte adequados. As conclusões são limitadas pelos variados critérios utilizados nos diferentes estudos, e a informação dispersa nas bases de dados.

<b>Título do estudo - <u>Conservative care of the patient with end-stage renal disease</u></b>	
<b>Autor</b>	Alston, H., & Burns, A.
<b>Ano de Publicação</b>	2015
<b>Origem/País de origem</b>	Reino unido
<b>Objetivos</b>	Conhecer o TC como a quarta opção de tratamento da gestão da DRC terminal.
<b>Metodologia</b>	Estudo descritivo
<b>Resultados</b>	Define o que é o TC, os objetivos do tratamento e a tomada de decisão. Valoriza os vários intervenientes, as equipas multidisciplinares que geralmente inclui um nefrologista, enfermeiros, nutricionista e trabalho social ou psicológico. Geralmente, há fortes ligações com os CP. Em alguns centros, a equipe pode fazer visitas domiciliárias enquanto em outras unidades pode haver acordo de cuidados de cuidados primários locais. Apresenta os sintomas comuns que ocorrem incluem anemia renal (que é administrado ferro iv e eritropoietina), edema (administração de diuréticos, conselhos dietéticos de restrição e pouco sal, bem como estabelecer e manter um peso ideal para o doente), hipercalemia e acidose metabólica com aconselhamento dietético com baixo teor de potássio, ajuste de medicação comprimidos de bicarbonato de sódio) e prurido (que pode ser devido a altos níveis séricos de fosfato ou devido à uremia), perda de apetite, náusea, fadiga. Os principais objetivos do TC consiste em diminuir a progressão da doença renal, tratar os sintomas que possam surgir e planejar os cuidados de fim de vida. Estes doentes também podem ter sintomas não relacionados sua função renal (devido a outras comorbidades) pelo que uma boa comunicação entre a equipe renal, pessoas próximas, família e cuidados primários também é fundamental.
<b>Principais conclusões</b>	Em doentes mais velhos e mais frágeis, os programas de gestão do TC relatam melhor QV que os doentes em diálise. Os níveis de sintomas são provavelmente semelhantes em ambos os grupos. Para os doentes interessados em manter sua QV, o TC será melhor opção. No entanto, para oferecer um bom serviço, o apoio multidisciplinar e uma boa comunicação entre cuidados primários e secundários é essencial.

Apêndice XVIII:  
Tabela de resultados da revisão scoping

Categorias/domínios de enfermagem	Intervenções do enfermeiro no TC da DRC estágio 5	Autor/autores dos estudos
Tomada de decisão	- Desenvolver uma relação terapêutica/confiança visando o processo de tomada de decisão compartilhada	(Moustakas et al., 2012)
	- Avaliar a capacidade e autonomia do doente	(Hussain & Russon, 2012)
	- Aplicar o consentimento informado	(Crail et al., 2013)
	- Desenvolver programa de educação para saúde para o doente e família	(Fortnum et al., 2015)
	- Aplicar ferramentas de prognóstico/risco de mortalidade <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Você ficaria surpreso se esse doente morresse nos próximos 12 meses?”</li> <li>• Escala de Karnofsky modificada</li> <li>• Índice de Charlson e Escala de Barthel.</li> </ul>	(Wasylynyuk & Davison, 2015); (Teruel et al., 2015)
	- Investir em formação nas equipas de Nefrologia	(Fortnum et al., 2015); (O'Connor & Kumar, 2012)
Plano antecipado de cuidados	- Estabelecer um plano de cuidados avançados preferencialmente no início da doença	(Wasylynyuk & Davison, 2015)
	- Estabelecer relação confiança e terapêutica, promovendo a escuta ativa e empatia com carinho, respeito e sensibilidade	(H. R. Noble, Joan, et al., 2015) (ANNA, 2015)
	- Introduzir o PAC a todos os doentes, providenciar educação e informação clara sobre o processo	(ANNA, 2015)
	- Promover discussão, reflexão, compreensão e comunicação contínuas entre o doente, a família e a equipe de saúde	(H. R. Noble, Joan, et al., 2015)
	- Identificar os desejos, preferências, valores e objetivos relevantes para os cuidados de saúde de cada doente	(ANNA, 2015)
	- Formação e treino principalmente na área da comunicação	(Wasylynyuk & Davison, 2015)
	- Promover discussões sobre as várias opções de tratamento, o prognóstico, reflexões sobre os valores e crenças dos doentes, e objetivos de vida e QV de acordo com os tratamentos	(ANNA, 2015)
	- Assegurar que a informação foi compreendida pelo doente e família	(ANNA, 2015)
	- Preparar o ambiente para facilitar o diálogo, para isso promover a privacidade, assegurar o conforto do doente (adequar o tempo do dialogo, adequar o espaço para todos os intervenientes e posicionamento dos mesmos),	(ANNA, 2015)
	- Conhecer os documentos úteis na gestão do PAC <ul style="list-style-type: none"> <li>• diretivas antecipadas de vontade</li> <li>• testamento vital</li> </ul>	(ANNA, 2015)
	- Envolvência de uma equipa multidisciplinar, na evidência científica sobressalta os CP	(Hussain & Russon, 2012)
Controlo sintomático	- Informar os doentes que consideram o TC dos vários sintomas possíveis e que a gestão dos mesmos será uma parte integrante dos seus cuidados	(O'Connor & Kumar, 2012)
	- Avaliação de sintomas	(Pugh-Clarke et al., 2017)

	- Aplicação ferramentas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• escala POS-S (Renal)</li> <li>• escala de Edmonton Symptom Assessment System – Revised: Renal (ESAS-r: Renal)</li> <li>• escada analgésica da OMS modificada para população renal</li> </ul>	(Wasylynyuk & Davison, 2015); (Hussain & Russon, 2012); (Crail et al., 2013)
	- Envolvência de uma equipa multidisciplinar, na evidência científica sobressalta os CP	(Hussain & Russon, 2012)
	- Intervenções e estratégias de controlo de sintomas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• anemia (gerido com a administração de ferro Ev e eritropoietina),</li> <li>• edema (controlado com administração de diuréticos, regime alimentar com restrição de sal, bem como estabelecer e manter um peso ideal para o doente),</li> <li>• hipercalemia e a acidose metabólica (controlado com regime alimentar com baixo teor de potássio, ajuste de medicação bicarbonato de sódio PO)</li> <li>• prurido (hidratação da pele e regime alimentar com restrição de fósforo),</li> <li>• náusea (prescrição um antiemético apropriado)</li> <li>• o sofrimento espiritual a enfermeira inicie a comunicação com uma pergunta simples como "Há algumas preocupações espirituais que você gostaria de abordar ou discutir com um membro da equipe de saúde?" fornecendo uma abertura para uma discussão mais aprofundada e desencadear uma avaliação espiritual mais aprofundada, se necessário</li> </ul>	(Hussain & Russon, 2012); (Wasylynyuk & Davison, 2015); (Alston & Burns, 2015)
QV	- Não tecer uma opinião sobre a QV do doente, somente o próprio pode definir a sua própria QV	(Moustakas et al., 2012)
	- Aplicação de ferramentas (escalas) <ul style="list-style-type: none"> <li>• questionário SF-36 QOL</li> </ul>	(Crail et al., 2013)
	- Investir na formação das equipas de saúde	(Echevers et al., 2016)
Necessidades em fim de vida	- Diagnosticar a morte; determinar o local desejado para o doente morrer; avaliação das necessidades e sintomas do doente assim como avaliação das necessidades da família; e cuidados pós-morte	(Crail et al., 2013).
	- Envolvência dos CP nas equipas TC, desde o início do diagnóstico	(ANNA, 2015); (Wasylynyuk & Davison, 2015)
	- Apoio à família/cuidadores na fase do luto: <ul style="list-style-type: none"> <li>• apoio de assistentes sociais/ou assistentes espirituais,</li> <li>• incluir atividades como envio de cartões de solidariedade ou cartas à família, telefonemas para a família e comparecimento ao funeral;</li> <li>• compreender a importância da cultura dos doentes de diversas origens.</li> </ul>	(Wasylynyuk & Davison, 2015); (Crail et al., 2013)
	- Conscienização dos problemas éticos no fim de vida conjuntamente com os princípios éticos e deontológicos da profissão e legislação de cada país acerca da doença avançada e em fim de vida.	(ANNA, 2015)
	- Investir nas necessidades de fim de vida, como uma área a melhorar	(H. R. Noble, Joan, et al., 2015); (Crail et al., 2013)

**ANEXOS**

Anexo I:  
Certificado de participação das Jornadas de Enfermagem Nefrológica



JORNADAS DE ENFERMAGEM DE  
**NEFROLOGIA**

Sociedade Portuguesa de Nefrologia - Associação Organizada e Certificada  
Prof. Lúcia Neves, Eur. Ass. Frislas

## Certificado

**Carla Sofia Estevinha Lopes**, esteve presente na Jornada de Enfermagem de Nefrologia realizada pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no dia 15 de outubro de 2018.

*Micaê Simões Almeida*

Anexo II:  
Certificado de participação do Simpósio Anual de Doenças Renais

**CERTIFICANDO**

**21º SIMPÓSIO ANUAL**

**DE DOENÇAS RINAIS**

**Carla Lopes**

**participou no 21º Simpósio Anual de Doenças Renais,  
que se realizou no Hotel Aldeia dos Capuchos,  
no dia 9 de Novembro de 2018.**

  
Comissão Organizadora

Anexo III:  
Certificado do curso de Formação Profissional de Cuidados Paliativos – Básico  
(Nível A)



## Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que CARLA SOFIA ESTEVENHA LOPES natural de Sabugal nascida em 12/07/1983, com o N.º de Cartão de Cidadão 12335836 12Y0 válido até 12/05/2020, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Cuidados Palliativos - Básico (Nível A), em 22/03/2018, com a duração de 2800 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (horas)	Classificação 0..5
Conceptualização	700	-
Comunicação	700	-
Controlo sintomático	700	-
Necessidades da Família	200	-
Cuidado nos últimos dias e processo de perda e luto	500	-
Nota Final		5

Lisboa, 09 de maio de 2018

O(A) Responsável pelo(a) Ordem dos Enfermeiros, Associação Pública Profissional

*[Assinatura]*  
(Assinatura e selo impresso ou eletrónico de entidade formadora)

Certificado n.º 30/2018 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010